

範例

臺銀人壽 團體保險被保險人名冊

※填寫處若有塗改請於附近空白處「被保險人」簽名或蓋章

請填寫灰色
標示之欄位

保險期間：民國 年 月 日至民國 年 月 日止

保單號碼：

※官兵個人基本資料：

姓名	王小明	服務單位	陸軍298旅	單位性質	<input checked="" type="checkbox"/> 部隊單位 <input type="checkbox"/> 機關或學校
性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	連絡電話	住宅：(07) 5666863 行動：0912345670	身故受益人 電話	住宅：(07)5666863 行動：0922345670
保險證 郵寄地址	郵遞區號 □□□□	高雄市苓雅區自強三路3號21樓之9(請填寫住家地址保險證收件地址)			
E-mail：可免填					

※官兵及眷屬加保填寫資料：(被保險人(含官兵)如未成年，須其父母其中一人，或其他法定代理人簽名)

保卡 編號	身分	被保險人 親自簽名	身分證字號	出生日期				性 別	詳細工作內容	身故受益人		法定代理人請簽名	投保 計畫	年繳 保費
				年	月	日	歲			姓名	關係			
	官兵	王小明	A123456789	70	8	8		衛哨勤務	李美麗	夫妻		五	1570	
	配偶	李美麗	B223456789	70	9	9		廣告業業務	王小明	夫妻		二	1160	
	子女	王平安	A112233445	95	5	5		學生	王小明	父子		二	1160	
	子女	投保人須滿15足歲 未滿70歲												
	子女													
	父母	王富貴	A123345678	50	3	3		退休	王小明	父子		一	580	
	父母													

※眷屬僅可投保計畫一及計畫二

※被保險人是否已審閱「臺銀人壽個人資料蒐集、處理、利用告知事項」(詳背面) 是 否

※被保險人目前是否受有監護宣告? 否 是，被保險人姓名：X，請提供相關證明文件。

※本名冊所列身故受益人及法定代理人是否皆為中華民國國籍? 是 否，姓名：X 國籍：X

申請日期：114年07月01日

請壓填寫日

投保對象	投保 計畫別	保險金額	意外傷害醫療給付		部隊單位 年繳保費	機關單位 年繳保費
			給付限額	住院日額		
官兵及眷屬	計畫一	100萬元			580元	520元
官兵及眷屬	計畫二	200萬元			1,160元	1,040元
官兵本人	計畫四	100萬元	限額5萬	日額1,500	990元	930元
官兵本人	計畫五	200萬元	限額5萬	日額1,500	1,570元	1,450元

注意事項

- 投保年齡限制:父母70歲以內，子女年滿15足歲以上。
- 眷屬投保金額不得超過官兵本人，(例:官兵投保100萬元,其眷屬投保金額即不得超過100萬元)。
- 本保險名冊於填寫時如有塗改，請於塗改處加蓋被保險人個人印章或簽名。
- 被保險人於本契約有效期間內，因遭受意外傷害事故,致其身體蒙受傷害、失能或死亡時，本公司依照本契約的約定給付保險金，前述意外傷害事故，係指非疾病所引起之外來突發事故。
- 若被保險人因帳戶餘額不足、帳號錯誤等因素造成保險費扣款不成，視同撤銷要保。臺銀人壽不另行通知被保險人。