



保單號碼：_____ 字第_____ 號

序號	被保險人親自簽名	被保險人身分證字號	出生年月日	保險金額(新台幣萬元)		旅遊不便及其他保障(投保打✓)	保險費	身故受益人(註三)				法定代理人簽章	
	申請英文投保證明者請填寫英文姓名/護照號碼	性別	特定活動身故失能保險金(註一)	特定活動醫療保險(實支實付型)(註二)	姓名			關係(為被保險人之)	比例順位	指定旁系親屬原因			
1			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 國內-F <input type="checkbox"/> 海外-H							
2			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 國內-F <input type="checkbox"/> 海外-H							
3			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 國內-F <input type="checkbox"/> 海外-H							
4			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 國內-F <input type="checkbox"/> 海外-H							
5			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 國內-F <input type="checkbox"/> 海外-H							
6			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 國內-F <input type="checkbox"/> 海外-H							
7			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 國內-F <input type="checkbox"/> 海外-H							
8			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 國內-F <input type="checkbox"/> 海外-H							
9			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 國內-F <input type="checkbox"/> 海外-H							
10			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 國內-F <input type="checkbox"/> 海外-H							

註一：保險始期日被保險人未滿 15 足歲者，僅給付失能保險金。

註二：特定活動醫療保險保額必須為特定身故失能保險金的 10%。

註三：1. 被保險人傷害或失能時之受益人為被保險人本人。

2. 身故受益人限父母、配偶、子女、兄弟姐妹或其他三親等內家屬；若指定旁系親屬者，請同時加填原因。

被保險人投保年齡統計：

年齡(足歲)	未滿 15 歲	滿 15 歲~未滿 70 歲	滿 70 歲~未滿 80 歲	滿 80 歲以上
特定活動身故失能限額	200 萬(僅失能)	500 萬	100 萬	不保
人 數				