

附件一：(被保險人名冊) 投保日期：_____年_____月_____日 被保險人：_____等_____人 合計總保費：_____元 第____頁/共____頁

傷害險保額 (TA)：_____100_____萬，傷害險保費 (TA)：_____元 醫療險保額 (MR)：_____10_____萬，醫療險保費 (MR)：_____元

被保險人姓名		班級	學號	出生年月日 (例：88/01/01, 不可寫西元年)	身分證字號	聯絡電話	是否受有 監護宣告	法定代理人姓名 (被保險人滿 18 歲者免填)	與被保險 人關係	受益人姓名
例	蔡依林	四美三甲	1101402193	92/06/06	A222333445	0912-345678	否	蔡大山	父女	法定繼承人
1										法定繼承人
2										法定繼承人
3										法定繼承人
4										法定繼承人
5										法定繼承人
6										法定繼承人
7										法定繼承人
8										法定繼承人
9										法定繼承人
10										法定繼承人
11										法定繼承人
12										法定繼承人
13										法定繼承人
14										法定繼承人
15										法定繼承人

*被保險人未滿 18 歲者需另填「個人投保同意書」。

附件一：(被保險人名冊) 投保日期：_____年_____月_____日 被保險人：_____等_____人 合計總保費：_____元 第____頁/共____頁

傷害險保額 (TA)：_____100_____萬，傷害險保費 (TA)：_____元 醫療險保額 (MR)：_____10_____萬，醫療險保費 (MR)：_____元

被保險人姓名		班級	學號	出生年月日 (例：88/01/01, 不可寫西元年)	身分證字號	聯絡電話	是否受有 監護宣告	法定代理人姓名 (被保險人滿 18 歲者免填)	與被保險 人關係	受益人姓名
例	蔡依林	四美三甲	1101402193	92/06/06	A222333445	0912-345678	否	蔡大山	父女	法定繼承人
16										法定繼承人
17										法定繼承人
18										法定繼承人
19										法定繼承人
20										法定繼承人
21										法定繼承人
22										法定繼承人
23										法定繼承人
24										法定繼承人
25										法定繼承人
26										法定繼承人
27										法定繼承人
28										法定繼承人
29										法定繼承人
30										法定繼承人

*被保險人未滿 18 歲者需另填「個人投保同意書」。

附件一：(被保險人名冊) 投保日期：_____年_____月_____日 被保險人：_____等_____人 合計總保費：_____元 第____頁/共____頁

傷害險保額 (TA)：_____100_____萬，傷害險保費 (TA)：_____元 醫療險保額 (MR)：_____10_____萬，醫療險保費 (MR)：_____元

被保險人姓名		班級	學號	出生年月日 (例：88/01/01, 不可寫西元年)	身分證字號	聯絡電話	是否受有 監護宣告	法定代理人姓名 (被保險人滿 18 歲者免填)	與被保險 人關係	受益人姓名
例	蔡依林	四美三甲	1101402193	92/06/06	A222333445	0912-345678	否	蔡大山	父女	法定繼承人
31										法定繼承人
32										法定繼承人
33										法定繼承人
34										法定繼承人
35										法定繼承人
36										法定繼承人
37										法定繼承人
38										法定繼承人
39										法定繼承人
40										法定繼承人
41										法定繼承人
42										法定繼承人
43										法定繼承人
44										法定繼承人
45										法定繼承人

*被保險人未滿 18 歲者需另填「個人投保同意書」。

附件一：(被保險人名冊) 投保日期：_____年_____月_____日 被保險人：_____等_____人 合計總保費：_____元 第__頁/共__頁

傷害險保額 (TA)：_____100_____萬，傷害險保費 (TA)：_____元 醫療險保額 (MR)：_____10_____萬，醫療險保費 (MR)：_____元

被保險人姓名		班級	學號	出生年月日 (例：88/01/01, 不可寫西元年)	身分證字號	聯絡電話	是否受有 監護宣告	法定代理人姓名 (被保險人滿 18 歲者免填)	與被保險 人關係	受益人姓名
例	蔡依林	四美三甲	1101402193	92/06/06	A222333445	0912-345678	否	蔡大山	父女	法定繼承人
46										法定繼承人
47										法定繼承人
48										法定繼承人
49										法定繼承人
50										法定繼承人
51										法定繼承人
52										法定繼承人
53										法定繼承人
54										法定繼承人
55										法定繼承人
56										法定繼承人
57										法定繼承人
58										法定繼承人
59										法定繼承人
60										法定繼承人

*被保險人未滿 18 歲者需另填「個人投保同意書」。