

保單號碼	要保人	被保險人
------	-----	------

一、告知事項：

被保險人投保險種	須回答項次	職業欄 (及兼業)：【主、附約保額提高/加保或主被保險人職業有異動時請務必填寫】
人壽保險	第 1-8 項	服務機構 (學生請填校名) / 營業性質：_____ 工作內容：_____ 其他兼業 / 副業：_____ ※ 上述填寫職業內容若與先前告知不同者，本公司將逕行同時辦理職業等級變更。 ※ 職業或職務日後若有變動時，請務必再以契約內容變更申請書通知本公司，以維護您的權益。
重大疾病保險	第 1-9 項	
健康保險	第 1-9 項	
防癌保險	第 1-9 項及第 12 項	
婦嬰健康保險	第 1-9 項及第 16 項	
傷害保險	第 10 項及第 11 項	
長期照顧保險	第 1-8 項及第 13-14 項	
金滿意/誠鑫滿意保險	第 3、11 及第 15 項	※ 上述填寫職業內容若與先前告知不同者，本公司將逕行同時辦理職業等級變更。 ※ 職業或職務日後若有變動時，請務必再以契約內容變更申請書通知本公司，以維護您的權益。

◎險種轉換者，轉換後身故保險金額高於或等於原保險金額者，請詳填。

	是	否
1. 被保險人目前之身高：_____公分/體重：_____公斤。		
2. 過去二年內，是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療？(亦可提供檢查報告代替回答)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 最近二個月內，是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 過去五年內，是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？ A. 高血壓症 (指收縮壓 140mm-Hg 舒張壓 90mm-Hg 以上)、狹心症、心肌梗塞、心肌肥厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤。 B. 腦中風 (腦出血、腦梗塞)、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈硬化症、癲癇、肌肉萎縮症、重症肌無力、智能障礙 (外表無法明顯判斷者)、帕金森氏症、精神病。 C. 肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。 D. 肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常 (GOT、GPT 值檢驗值有異常情形者)。 E. 腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。 F. 視網膜剝離或出血、視神經病變。 G. 癌症 (惡性腫瘤)。 H. 血友病、白血病、貧血 (再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症。 I. 糖尿病、類風溼性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下。 J. 紅斑性狼瘡、膠原症。 K. 愛滋病或愛滋病帶原。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 過去五年內，是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 過去一年內，是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？ A. 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。 B. 食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。 C. 肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。 D. 慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。 E. 痛風、高血脂症。 F. 青光眼、白內障。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 請女性被保險人告知 (1) 過去一年內，是否曾患有乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血而接受醫師治療、診療或用藥？ (2) 是否已確知懷孕？如是，已經幾週？_____週。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 過去一年內，是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？ 胸廓畸形及脊柱彎曲移位、弱視、中耳炎、重聽、頭部外傷、骨折、脫臼、椎間盤症 (分離、疝氣或脫出)、關節炎、甲狀腺腫、鼻竇炎、鼻中隔彎曲、慢性胃炎、膽石症、膽囊炎、痔瘡、梅毒、淋病、疝氣、骨盆腔膜炎、前列腺肥大、腎結石、膀胱結石、尿道炎、尿管結石、周邊神經炎、顱神經炎、脊髓神經壓迫症、睡眠呼吸中止症、川崎症、良性腫瘤、精神疾病。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 過去二年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？ A. 腦中風 (腦出血、腦梗塞)、智能障礙 (外表無法明顯判斷者)、精神病、帕金森氏症。 B. 視神經病變。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 目前身體機能是否有下列障害？ A. 失明。 B. 是否曾因眼科疾病或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥，且一目視力經矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表○·三以下。 C. 聾。 D. 是否曾因耳部疾病或傷害接受耳鼻喉科專科醫師治療、診療或用藥，且單耳聽力喪失程度在五十分貝(dB)以上。 E. 啞。 F. 咀嚼、吞嚥或言語機能障害。 G. 四肢 (含手指、足趾) 缺損或畸形。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 過去一年內，是否曾接受下列檢查或曾患有下列疾病或異常症狀？ A. 目前是否有腹、肝腫大、黃疸現象？ B. 有否子宮頸抹片檢查異常記錄或婦科異常出血現象？ C. 胸部 (乳房) 是否有腫塊或異常硬塊存在？ D. 口腔內或皮膚上有否慢性潰爛不癒 (超過兩週以上)？口腔內是否有異常腫塊或白斑存在？ E. 是否吞嚥困難、大便出血現象？ F. 頸部有否異常腫塊或不尋常腫大現象？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 過去五年內，是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？阿茲海默氏病、退化性關節炎、骨質疏鬆症、失智症、退化性脊椎炎，伴有脊髓病變者、椎間盤疾患，伴有脊髓病變者、脊椎狹窄、外傷脊椎病變、脊椎腫瘤。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 過去一年內，是否曾因患有運動神經元疾病而接受醫師治療、診療或用藥？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



誠意滿意保險	15. 過去二年內，是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？ A. 高血壓症（指收縮壓 140mm-Hg 舒張壓 90mm-Hg 以上）、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。 B. 腦中風（腦出血、腦梗塞）、腦瘤、癲癇、智能障礙（外表無法明顯判斷者）、精神病、帕金森氏症。 C. 癌症（惡性腫瘤）、肝硬化、尿毒、血友病。 D. 糖尿病。 E. 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。 F. 視網膜出血或剝離、視神經病變。	是	否
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
婦嬰健康保險	16. 本人、配偶或子女是否曾患有下列疾病？ A. 貓哭症候群、巴陶氏症、愛德華氏症、唐氏症、貓眼症候群？ B. 脊柱裂、腦或腦膜膨出、脊髓或脊髓膜膨出、水腦症、腦性麻痺、運動神經元疾病？ C. 苯酮尿症、高胱氨酸尿症、半乳糖症、粘多糖症、肝醣貯積症、脂肪貯積症、威爾遜氏病、高血氨症、白胺酸代謝異常？ D. 地中海型貧血、血友病、先天性甲狀腺功能低下、腦垂體功能低下症、先天複合性免疫缺乏症、先天丙種球蛋白缺乏症？ E. 心室中隔缺損、心房中隔缺損、開放性動脈導管、肺動脈瓣狹窄或閉鎖、主動脈瓣狹窄或閉鎖、三尖瓣狹窄或閉鎖、主動脈狹窄、法洛氏四合症、大動脈轉位、心室發育不全症？ F. 囊性纖維樣變性、生殖腺性別不明、先天性耳聾、先天性失明、唇顎裂、肢體缺損、食道閉鎖不全、食道氣管瘻管、膽道閉鎖、肛門直腸閉鎖、橫膈膜疝脫、先天性髖關節脫位、軟骨發育不全症、成骨（發育）不全症、早產兒、出生時體重為貳仟公克以下？ G. 瀰漫性血管內凝血不全、懷孕流產、子宮外孕、妊娠毒血症、子癲前症、子癲症？		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
要保人	17. 要保人投保豁免保險附約者，上列第 2~9 項是否有告知為「是」者？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18. 服務機構：_____ 營業性質：_____ 工作內容（及兼業）：_____		
配偶	19. 主契約被保險人的配偶，請回答 (1) 如申請投保健康保險，第 2~9 項是否有告知為「是」者？ (2) 如申請投保傷害保險，第 10~11 項是否有告知為「是」者？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子女	20. 主契約被保險人的子女，請回答 (1) 如申請投保健康保險，第 2~9 項是否有告知為「是」者？ (2) 如申請投保傷害保險，第 10~11 項是否有告知為「是」者？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
告知事項說明欄：若告知為「是」者，請註明題號並詳述病名、原因、就診醫院（地點），大約之罹病時間、治療方式及期間。			

二、被保險人確認事項及投保紀錄：

◎被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明（請勾選）？如勾選是者，請提供。
主被保險人本人：是 否；主被保險人之配偶：是 否；主被保險人之子女：是 否

◎被保險人目前是否受有監護宣告（請勾選）？如勾選是者，請提供相關證明文件。
主被保險人本人：是 否；主被保險人之配偶：是 否；主被保險人之子女：是 否

◎被保險人是否投保其他「商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險」？
(一)實支實付型傷害醫療保險？主被保險人本人：是 否；主被保險人之配偶：是 否；主被保險人之子女：是 否
(二)實支實付型醫療保險？主被保險人本人：是 否；主被保險人之配偶：是 否；主被保險人之子女：是 否

三、要保人與被保險人財務狀況：（主、附約保額提高/加保時請務必填寫）

財務狀況	被保險人		要保人(同被保險人無須填寫)	
個人工作年收入	新台幣約	萬元	新台幣約	萬元
其他年收入 (如利息、租金收入等)	新台幣約	萬元	新台幣約	萬元
家庭年收入	新台幣約	萬元	新台幣約	萬元
資產(含動產與不動產)	新台幣約	萬元	新台幣約	萬元

◎若要/被保險人為已婚者，請於家庭年收入欄填寫夫妻雙方年收入總和。請敘明配偶之工作內容：

◎若要/被保險人為未成年/學生時，請於家庭年收入欄填寫父母或法定代理人年收入總和。請敘明其工作內容：

◎若累計同業保險費支出超過被保險人家庭年收入一定比例，或累計同業投保金額超過被保險人家庭年收入一定倍數或保險費負擔、保障需求有顯不相當之情形(前開「一定比例或倍數」請參閱並依據保誠人壽核保管作業規範)，請說明原因及保險費來源：_____

四、聲明事項：

- 本人(被保險人)同意 貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- 本人(被保險人、要保人)同意 貴公司將本聲明書上之本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。
- 本人(被保險人、要保人)同意 貴公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。
- 實支實付型傷害醫療保險適用：本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保 貴公司二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知 貴公司有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而 貴公司仍承保者，貴公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知 貴公司者，同意 貴公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任。如有重複投保而未通知 貴公司者，同意 貴公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任，但 貴公司應以「日額」方式給付。

此致 保誠人壽保險股份有限公司

保險代理人/經紀人/業務員：_____ 簽名 要保人：_____ 簽名

業務單位：_____ 被保險人：_____ 簽名
(此次所有加保之被保險人員均需簽名)

執業證號 / 登錄字號：_____ 法定代理人或監護人：_____ 簽名
(未滿七歲者，由法定代理人代為簽名；七歲或(含)以上者，請由本人親自簽名。不識字者得
以捺指手印代替簽名並蓋印章於旁，但須有二位以上的見證人在旁簽名，惟見證人不得為本件
業務員、要保人、被保險人或受益人，同時須註明見證人身分證字號、簽署日期及其與被保險人
之關係。)

申請日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日



* M Q 1 4 1 1 Q 2 *

瞭解要/被保險人需求及其適合度分析評估暨業務員報告書

※本欄位由業務人員填寫：(主、附約保額提高/加保時請務必填寫)

1	要保人與被保險人此次加保目的及需求(可複選)： <input type="checkbox"/> 保障 <input type="checkbox"/> 教育經費 <input type="checkbox"/> 退休規劃 <input type="checkbox"/> 房屋貸款 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)_____	
2	家庭中主要經濟來源者： <input type="checkbox"/> 要保人/被保險人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他(請說明關係)：_____	
3	加保經過本件是經由下列方式加保： <input type="checkbox"/> 現有客戶 <input type="checkbox"/> 親友介紹 <input type="checkbox"/> 陌生拜訪 <input type="checkbox"/> 客戶主動詢問並要求加保，請說明原因：_____ <input type="checkbox"/> 其他(請說明)_____	
4	要保人及被保險人是否投保其他商業保險？若“是”，請說明：(不含本次加保內容) 要保人：壽險/傷害險約_____/____萬、住院日額約____元、癌症險/重大疾病約_____/____萬、其他：_____ 被保險人：壽險/傷害險約_____/____萬、住院日額約____元、癌症險/重大疾病約_____/____萬、其他：_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5	本保單之規劃，已確認要保人與被保險人瞭解加保目的、保險需求，且綜合考量其收入、財務狀況、職業以及付費能力，瞭解並評估要保人與被保險人之加保險種、保險費、保額、保障及實際需求間之相當性(適合度)並符合加保條件？	
6	加保時，是否已向要保人說明本次加保保險商品內容、繳納保險費方式、繳費年期、領取各種給付項目與解約金內容？	
7	是否於加保時已親晤要/被保險人/法定代理人，並確認此文件係由要/被保險人/法定代理人親簽無誤？	
8	要保人或被保險人是否為「政界人士」(請參閱業務手冊之說明)之本人、配偶、子女及子女之配偶、父母及與政界人士享有重要共同利益的商業夥伴、公司或機構？若“是”，請說明該人士之： 姓名_____ 服務機構_____ 職位_____ 與要保人/被保險人之關係_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
9	<p>其他有利於核保資訊</p> <ul style="list-style-type: none"> ●若要保人、被保險人為某上市櫃公司董事長/總經理/財務長等(公開資訊可查詢者)、知名公職人員(為公職人員財產申報法之申報對象)，請說明相關事項：_____ ●金融機構之VIP客戶： 要保人AUM為新臺幣<input type="checkbox"/>300~500萬元 <input type="checkbox"/>501~800萬元 <input type="checkbox"/>801~1,000萬元 <input type="checkbox"/>1,001萬元以上，請填寫金額約：_____萬元 被保人AUM為新臺幣<input type="checkbox"/>300~500萬元 <input type="checkbox"/>501~800萬元 <input type="checkbox"/>801~1,000萬元 <input type="checkbox"/>1,001萬元以上，請填寫金額約：_____萬元 主管確認並簽名：_____ / 簽名主管職稱：_____ ●補充說明欄：(業務員若有補充資訊，煩補述於後) 	

◎業務員聲明事項：

本人已確實在加保過程詢問要保人/被保險人上述財務狀況，或已取得要保人/被保險人同意由銀行提供AUM資訊予保誠人壽作為財務核保之用。

保代/保經 _____ 保險代理人/經紀人
簽署人簽章：_____ 業務員簽名：_____ 聯絡/行動電話：_____ 日期：_____年_____月_____日

保誠人壽客戶服務專線：0809-0809-68

海外諮詢專線：+800-0809-6868

公司使用欄

<input type="checkbox"/> 申請書上有立可白/立可帶...等之塗改處，請註明：_____ <input type="checkbox"/> 與實體文件相符 <input type="checkbox"/> 實體文件不清楚相符 <input type="checkbox"/> 已附轉帳授權書/薪扣同意書 <input type="checkbox"/> 其他，請註明：_____
--

備註欄：	保單文件作業單位受理

