南山人壽 健康告知書

2026 年 7 月版

保單號碼：＿＿＿＿＿＿＿＿　　被保險人姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿

填寫前請詳細閱讀填寫須知，以下各欄有紅色框部份由本公司業務員輔助填寫【為使填寫內容更清晰易於辨識，請使用深藍色/黑色原子筆或鋼珠筆正楷書寫】

一、被保險人

申請日期：民國　　年　　月　　日

眷屬復效或增加眷屬資料時，請填寫：

姓　名	身分證統一編號	性別	年 齡	出生日期	姓　名	身分證統一編號	性別	年 齡	出生日期
配偶					子女				
子女					子女				

職業及兼業

被保險人本人	職業類別		職位		職業代碼
	服務單位或學校名稱：＿＿＿＿＿＿＿＿				
配　偶	職業類別		職位		

您是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明（請勾選）？☐是(請提供前述手冊或證明)　☐否

目前婚姻狀況（請勾選）：☐單身　☐已婚

您目前是否受有監護宣告(請勾選)？☐是(請提供相關證明文件)　☐否

您是否已投保其他保險公司牙齒保險？☐是　☐否　（若為牙齒保險請勾選）

投保紀錄

您是否已投保其他保險公司實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險(請勾選)？

(1)實支實付型傷害醫療保險　☐是 ☐否

(2)實支實付型醫療保險　☐是 ☐否

二、被保險人告知事項（一）

身高	公分	體重	公斤	職業及兼業(SN1)	工作內容(及兼業)	

壽險部份

如與壽險/不分紅壽險/分紅壽險、南山人壽美好康祥 A 型美元終身保險(URSDA)、(USSDA)有關，請回答第 1~8 項，是否有告知為"是"之情事？(LL)……　☐是 ☐否

1. *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？
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)
3. *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？
   (1)*高血壓症(指收縮壓 140mmHg 舒張壓 90mmHg 以上)、狹心症、心肌梗塞、心肌肥厚、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤
   (2)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)、巴金森氏症、精神病
   (3)肺氣腫、塵肺症、肺結核
   (4)肝炎、肝硬化、*肝功能異常（GOT、GPT 值檢驗值有異常情形者）
   (5)腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞
   (6)視網膜剝離或出血、視神經病變
   (7)癌症(惡性腫瘤)
   (8)血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症
   (9)糖尿病、類風濕性關節炎、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
   (10)紅斑性狼瘡、膠原症、愛滋病或愛滋病帶原
   (11)心內膜炎、支氣管擴張症、肝內結石
4. *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？
   (1)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症
   (2)食道、胃潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎
   (3)肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸
   (4)慢性支氣管炎、肺膿瘍、肺栓塞
   (5)乳漏症、陰道異常出血(女性被保險人回答)
   (6)十二指腸潰瘍或出血、氣喘、痛風、高血脂症、青光眼、白內障
   (7)女性被保險人回答:乳腺炎、子宮內膜異位症
5. 女性被保險人回答：是否已確知懷孕(F1)？如是，已經幾週？
6. 過去五年內是否曾因受傷或生病*住院治療七日以上？
7. 目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？
8. 被保險人年齡為兩足歲以下者，請回答：出生時之體重是否低於 2500 公克或妊娠週數少於 37 週？
   若是，出生之體重＿＿＿＿＿公克
   妊娠週數＿＿＿＿＿週

如與優體壽險有關，請回答第 9、10 項是否有告知為"是"之情事？(LL)　☐是 ☐否

9. 請問是否有上述第 1～7 項告知為"是"者？
10. 過去一年內是否曾使用任何菸草產品(包括香菸、雪茄、菸斗及咀嚼菸草等)？

如與南山人壽大利還本終身保險有關，請回答第 11、12 項是否有告知為"是"之情事？(LL)　☐是 ☐否

11. 請問是否有上述第 1 項告知為"是"者？
12. *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？
    狹心症、心肌梗塞、心肌肥厚、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤、腦中風(腦出血、腦梗塞)、肝硬化、尿毒、癌症(惡性腫瘤)、白血病

如與南山人壽憶起幸福終身保險(DMAL)、南山人壽憶起美滿終身保險(DMAE)、南山人壽幸福憶百健康終身保險(DMA)有關，請回答第 13 項是否有告知為"是"之情事？(LC)　☐是 ☐否

13. 過去五年內是否曾因患有阿茲海默氏病、失智症，而接受醫師治療、診療或用藥？

如與南山人壽寵愛佳人婦女終身保險(甲型/乙型)、南山人壽媽咪寶 2 定期保險(MMC2)有關，請回答第 14、15 項是否有告知為"是"之情事？(LC)　☐是 ☐否

14. 請問是否有上述第 1～7 項告知為"是"者？
15. 過去一年內是否曾患有乳房疾病或生殖器官疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？

如與牙齒定期保險(TKI)有關，除回答第 1～6、36 項外，請繼續回答第 16~18 項是否有告知為"是"之情事？(TT)　☐是 ☐否

16. 是否正接受牙周病手術或治療？或已確診牙周病而正要接受手術或治療？
17. 是否曾因牙周病而導致牙齒脫落（缺失）？
18. 每星期是否有咀嚼一次或一次以上的檳榔？

如與南山人壽健康 e 守護終身保險(MSAE)有關，請回答第 1～7、32、26、27 項是否有告知為"是"之情事？　☐是 ☐否

二、被保險人告知事項（二）

壽險部份	如與南山人壽寵愛佳人婦女終身保險(2)、南山人壽媽咪寶定期保險(MMC)、南山人壽媽咪寶 2 定期保險(MMC2)有關，除回答第 14、15 項外，請繼續回答第 19~21 項是否有告知為"是"之情事？(LC) 19. 是否曾患有妊娠期併發症(前置胎盤、子宮外孕、葡萄胎、胎盤早期剝離、子癇前症、子癇症、羊水栓塞)？ 20. 是否曾有懷孕流產、死產或活產嬰兒於出生日起 28 天內死亡之情事？ 21. 被保險人本人、配偶或子女是否曾患有下列疾病？ (1)巴陶氏症、愛德華氏症、唐氏症、貓哭症候群、貓眼症候群 (2)脊柱裂、脊髓脊膜膨出、腦膜膨出、腦膨出、無腦畸形、先天性水腦症 (3)苯酮尿症、高胱胺酸尿症、半乳糖症、黏多醣症、肝醣貯積症、威爾遜氏病、白胺酸代謝異常、尿素循環代謝異常症 (4)先天性食道閉鎖合併有或無氣管食道廔管、先天性膽道閉鎖、先天性無肛症、橫隔膜疝脫 (5)心室中隔缺損、開放性動脈導管、心房中隔缺損、肺動脈瓣膜狹窄、主動脈瓣膜狹窄、法洛氏四合症、大動脈轉位、三尖瓣閉鎖、主動脈弓縮窄、左心發育不全症、右心發育不全症、單心室、全肺靜脈回流異常、永久動脈幹、Ebstein 氏異常 (6)重症β地中海型貧血(庫利氏貧血)、血友病、先天性泛垂體低下症、成骨發育不全症、極輕體重兒(出生當時體重不超過 1,000 公克)、唇顎裂、纖維性囊腫、先天性耳聾、先天性失明、瓦登伯革氏症候群、先天性髖關節脫位	□是 □否
健康險部分	如與南山人壽穩助糖醫療保險(E1DH)有關，請勾選糖尿病型別：□第一型糖尿病 □第二型糖尿病 □型別不確定 22. 請回答是否有上述第 1~7 項告知為"是"？ 23. 請進一步回答糖化血色素(HbA1c)與腎絲球過濾率(GFR)檢驗數值及治療方式。 (1)最近六個月內糖化血色素(HbA1c)檢驗數值是否曾＞ 8.5%？□是 □否 (2)現在及過去一年內腎絲球過濾率(GFR)檢驗數值為何？ □ ≥ 60ml/min/1.73m² □ < 60ml/min/1.73m² (3)如勾選〝型別不確定之糖尿病〞者，請進一步回答是否為〝糖尿病前期〞(5.7% ≤ 糖化血色素 HbA1c 檢驗數值 < 6.5%)？ □是 □否，請進一步回答糖尿病治療方式(可複選)：□注射藥物(如：胰島素、腸泌素)□口服降血糖藥物□飲食運動控制 □以上皆無 24. 上述問題中，有告知為〝是〞者，請進一步回答是否持續定期回診與服藥及血壓控制情形。 □是，請回答近六個月內血壓是否控制在收縮壓 140mmHg 及舒張壓 90mmHg 以下？ □是 □否 □無定期回診與服藥。	□是 □否
	如與健康險、南山人壽美滿臻愛美元利率變動型終身保險(定期給付型)【(S)ACUPL】有關，請回答第 25~27 項，是否有告知為"是"之情事？(HH) 25. 請問是否有上述第1~8 項及第 32 項告知為"是"者？ 26. 最近三個月內是否曾因患有良性腫瘤、腸胃道息肉，而接受醫師治療、診療或用藥？ 27. 現在及過去一年內是否曾患有下列疾病？ (1)腦炎、腦膜炎、水腦症(2)複視、角膜疾病、葡萄膜炎、飛蚊症、中耳炎、乳突炎、鼻竇炎、鼻中隔彎曲(3)咳血、肺炎、支氣管炎(4)便血、胃炎、痔瘡、腸阻塞、腹膜炎、疝氣(5)血尿、蛋白尿、輸尿管結石、膀胱結石、腎盂炎、尿道炎、膀胱炎、骨盆腔炎、攝護腺肥大/發炎、子宮脫垂、梅毒(6)脫臼、骨折、關節炎、骨髓炎、股骨頭壞死、椎間盤突出、坐骨神經痛、運動神經元疾病、硬皮症、靜脈曲張(7)酒精中毒、精神官能症、人工裝置物、蠶豆症	□是 □否
	如與南山人壽長青安溢醫療定期健康保險(SHI)有關，請回答 42、43 項，是否有告知為"是"之情事？(HH) 42. 請問是否有上述第 1、3 項、第 4(1)~(6)項、第 6 及 7 項告知為"是"者？ 43. 現在及過去一年內是否曾患有下列疾病？ 腦炎、腦膜炎、水腦症、肺炎、支氣管炎、骨折、關節炎、骨髓炎、股骨頭壞死、椎間盤突出、運動神經元疾病、酒精毒、精神官能症、人工裝置物	□是 □否
特定傷病	如與特定傷病健康險有關，請回答第 28、29 項，是否有告知為"是"之情事？(HR) 28. 請問是否有上述第 1~8 項及第 31、32 項告知為"是"者？ 29. 過去五年內是否曾因患有原發性肺動脈高血壓症、克隆氏病、肝炎病毒帶原，而接受醫師治療、診療或用藥？	□是 □否
	如與特定重大(嚴重)傷病健康險、南山人壽遇見幸福精選傷病定期保險((G)TED)、南山人壽遇見幸福精選傷病保險附約(TED)、南山人壽精美好美元精選傷病定期保險((G)UD)南山人壽精彩雙保精選傷病定期保險((G)TED35)、南山人壽陪童相守保險(長期照顧之保障僅適用於被保險人保險年齡達十五歲(含)以上者)(KRLTC)有關，請回答第 1~8 項及第 31、32、29、34、35 項是否有告知為"是"之情事？(DR)	□是 □否
疾病重大險	如與重大疾病險、南山人壽好享保美元利率變動型終身保險（定期給付型）【(S)BUPL5H】有關，請回答第 30~32 項，是否有告知為"是"之情事？(DD) 30. 請問是否有上述第 1～8 項告知為"是"者？ 31. 現在及過去一年內是否曾患有右列疾病？咳血、便血、血尿、良性腫瘤、腸胃道息肉 32. 現在及過去一年內是否因口腔潰瘍持續兩週未癒、口腔白斑、口腔腫塊而接受醫師診察、治療或用藥？	□是 □否
長期看護/照顧健康險部份	如與長期看護/照顧健康保險、南山人壽增美康祥美元終身保險(2URSD2)、南山人壽新多美寶美元利率變動型終身保險(定期給付型)(S)BUPL5D、南山人壽佳多保利率變動型終身保險（定期給付型）(S)BTPL」、「南山人壽新多福保美元利率變動型終身保險（定期給付型）」(S)BUPL5G、「南山人壽美利多保美元利率變動型終身保險（定期給付型）」(AEHUPL)、南山人壽增心陪伴長期照顧保險(一次給付)」(PILTC)有關，請回答第 33 項至第 35 項，是否有告知為"是"之情事？(LT) 33. 請問是否有上述第 1～8 項告知為"是"者？ 34. 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？ 35. 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	□是 □否
傷害險部份	如與傷害險有關，請回答第 36 項，是否有告知為"是"之情事？(PP) 36. 目前身體機能是否有下列障害： (1)失明。(2)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。(3)聾。(4)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。(5)啞。(6)咀嚼、吞嚥或言語機能障害。(7)四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。	□是 □否
	如與南山人壽意帆風順保本終身保險各繳費年期商品(WPA)或南山人壽鑫得意終身保險(PPA)或南山人壽溢帆風順終身保險(HWPA)或南山人壽(新)傷害保險附約(AI/NAI)、南山人壽溢帆風順 2 保險(HWPA2)有關，除回答第 36 項外，請繼續回答第 37 項是否有告知為"是"之情事？(PP) 37. *過去二年內是否曾患有壽險部份第 3(1)～(9)項及第 4(1)項劃底線字體之疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？	□是 □否
連結全民健康保險範圍重大傷病商品	如與連結全民健康保險重大傷病範圍商品(如:CIC、UCIC、1CIC 等有關者，請回答第 38~39 項是否有告知為"是"之情事?(DD) 38. 請問是否有上述第 1～8 項及第 31、32 項告知為"是"者？ 39. *過去兩年內是否曾因受傷或生病接受醫師*治療、診療或用藥後仍因同一傷病而被要求做以下的檢驗或檢查？(亦可提供病歷或檢查報告) (1)六個月內有二次或二次以上的 X 光或超音波或血液檢查。(2)細胞學或內視鏡或核磁共振或電腦斷層檢查或正子攝影檢查。(3)肌電圖或神經傳導檢查。	□是 □否
防癌險部分	如與防癌險、南山人壽美好康祥B型美元終身保險(URSDB)、(USSDB)、南山人壽美好康祥2美元終身保險(2URSD)南山人壽增美康祥美元終身保險(2URSD2)、南山人壽長青滿溢癌症定期健康保險((G)SC)有關，請回答第 40 項是否有告知為"是"之情事？(CC) 40. 請問是否有上述第1、2項、第3(1)~(10)項、第 4(1)~(5)項及第 5、6、7、32、26、27 項告知為"是"之情事？	□是 □否
	如與南山人壽多美好美元利率變動型終身保險（定期給付型）【(S)BUPL3C】、南山人壽新多美好美元利率變動型終身保險（定期給付）【(S)BUPL5C】南山人壽金大利美元利率變動型選本終身保險（定期給付型）(S)BRUE2、南山人壽健康溢點美元利率變動型終身保險（定期給付型）(BLHUPL)有關，除回答第 1~8 項外，請繼續回答第 32、26、27 項是否有告知為"是"之情事？	□是 □否
	如與南山人壽增享心安保險(2TRSD)有關，請回答第 40、41 項是否有告知為"是"之情事？ 41. 過去五年內是否曾因患有阿茲海默氏病、失智症、脊椎腫瘤，而接受醫師治療、診療或用藥？	□是 □否
配偶或子女知告事項	44. 您的配偶或子女如申請復效【家庭健康保險】者，請回答：有無上述第 25~27 項，告知為"是"之情事？如申請復效【家庭傷害保險】者，請回答：有無上述第 36 項，告知為"是"之情事？如申請復效【家庭防癌保險】者，請回答上述防癌險部份是否有告知為"是"之情事？(SS)	□是 □否
45. 上述第 1～44 項問題中，如有告知為"是"者，請註明問題號碼、詳細原因或疾病名稱、症狀、大約治療時間、地點及結果；健康檢查之原因、大約時間、地點、項目及結果。		

三、投保要保人豁免保險費附約者，要保人(即前述豁免保險費附約之被保險人)請回答下列問題

要保人	您是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明（請勾選）？☐是(請提供前述手冊或證明) ☐否				職業	類別：	職位： 代碼：	
	告知事項	身高	公分	體重 公斤	職業及兼業 (SN1)	工作內容 (及兼業)		
	上述「被保險人告知事項」第1~7項、第31、32、27項是否有告知為"是"之情事？……☐是 ☐否 如有告知為"是"者，請註明問題號碼、詳細原因或疾病名稱、症狀、大約治療時間、地點及結果；健康檢查之原因、大約時間、地點、項目及結果。							

四、契變加保含實支實付型保險給付之商品者，請審閱填寫以下特別提醒事項聲明書

本人(即要保人及被保險人)茲聲明並確認已瞭解本次申請契變加保含實支實付型保險給付之商品(以下簡稱本商品)其保險金之理賠須符合損害填補原則，意即同一次醫療行為就數個同性質保險商品(註)所獲得理賠金額合計不得超過實際負擔之醫療費用，故當受益人提出本商品理賠申請時，除需檢附醫療費用收據正本外，其中相關費用若已獲得其他保險商品理賠者，貴公司僅就其他同性質保險商品理賠不足之差額進行賠付。

註：同性質保險商品：係指保障範圍、給付內容相同或相似者。例如：數張實支實付型傷害醫療保險為同性質，但與實支實付型住院醫療費用保險則為不同性質。

☐ 本人(即要保人及被保險人)聲明本次契變加保已詳閱本聲明書，並經招攬或服務業務人員或其他服務人員充分說明上述保險權益，明確知悉所契變加保商品理賠原則。

要保人與被保險人注意事項：「被保險人、要保人告知事項」應由要保人及被保險人親自填寫並誠實告知，如有違反告知義務之情事，足以影響本公司對危險之估計者，本公司得依保險法第六十四條之規定解除契約。

一、本人（等）並同意本項變更/加保或復效之申請，除非經貴公司負責人員批准，將不受任何付款協定或因已繳保險費而生效力。本人（等）同意上述「要保人與被保險人注意事項」之內容，並同意本次變更/加保之申請，非經貴公司負責人員同意不生效力。本人（等）亦了解且同意本次加保之附約經貴公司接受後，該保單條款倘含有「契約的解除」及「故意自殺致死」等自契約訂立之日或復效之日起二年期間相關約定者，係自本次加保附約之附約生效日起算。

二、要保人與被保險人如非同一人，被保險人並同意為本健康告知書所載保單號碼之保險契約之被保險人。

◎南山人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法（以下稱個資法）第八條第一項及第九條第一項之規定，告知下列事項，請詳閱並轉告各該資料當事人：

一、蒐集之目的：(一)〇〇一人身保險（二）一八一其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。二、蒐集之個人資料類別：姓名、地址、電話、身分證統一編號、年齡、性別、出生年月日、職業(稱)、身高、體重、身心障礙手冊、家庭情形、習慣、財務狀況、病歷、醫療、健康檢查、保險細節及其他基於保險契約所提供之個人資料。三、個人資料之來源：要保人、要保人之法定代理人代當事人提供本公司。四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式：(一)期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。(二)對象：本(分)公司、與本公司合作推廣您保險契約之保險代理人公司或保險經紀人公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人金融消費評議中心、業務委外機構、財團法人金融法制暨犯罪防制中心、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。(三)地區：上述對象所在之地區。(四)方式：合於法令規定之利用方式。五、依據個資法第三條規定，您就本公司保有您之個人資料得行使之權利及方式：(一)得向本公司行使之權利：1.向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。2.向本公司請求補充或更正。3.向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。(二)行使權利之方式：除以電話查詢個人資料或 本公司另有規定外，行使權利之方式以書面為之。如有疑問，您得與本公司客戶服務專線：0800-020-060 聯絡，本公司將協助處理相關請求。六、您不提供個人資料所致權益之影響：您若未能提供相關個人資料時，本公司將可能無法提供您完善的人身保險服務。

◎病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意事項

本人(被保險人)同意 貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之病歷、醫療及健康檢查等個人資料。

◎本人（被保險人、要保人）同意南山人壽保險公司將本文件上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，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。

同意事項：同意 貴公司將本申請書相關文件由下述送件人/業務員交予要保人。(本文件需簽名之欄位，均應經簽名欄所稱之當事人本人親自簽名。)

業務員/送件人簽名：

身分證統一編號：
(送件人為業務員者免填身分證統一編號)

業務員登錄字號： 業務員代號：

金融機構通路專用欄

招攬人員/送件人簽名： 保經/保代公司簽章

分行/分公司名稱/分行代號：

業務員登錄字號：

員工編號：

要保人簽名：

要保人身分證統一編號：

要保人生日： 年 月 日

被保險人簽名：(本人) /(配偶)

(成年人之簽名應由本人親自為之)：(子女)

法定代理人簽名：

(未滿七足歲者或其他無行為能力人，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名；七歲＜含＞以上未成年人或其他限制行為能力人，由本人及法定代理人簽名)

<針對以上填寫內容，本人(即要保人/被保險人)已充分了解並確認內容正確後親自簽名>

LAW63

<六頁之三>
POS110 (07-2026)

業 務 員 招 攬 報 告 書

一、本次契約變更：

1. 是經由□您的推薦 □要保人/被保險人主動要求。
2. 加保及提高保額/單位/計劃數目的及原因：(可複選)
   □未來醫療費準備 □退休養老金準備 □增加保險保障 □新保險商品符合需求
   □子女教育金準備 □分擔子女未來負擔 □補足公/勞/軍/健保的保障缺口 □因親友理賠經驗所生風險意識
   □緊急預備金 □家庭責任加重 □遺產規劃 □房屋貸款
   □其他 _____
3. 本次保障內容異動及保險金額決定方式：
   □要保人主動提出並決定保障及金額 □被保險人主動提出並決定保障及金額
   □由業務員(招攬人員)規劃決定 □由朋友或親友建議
   □其他 _____
4. 本次繳交保險費來源(可複選)：
   □ 存款(薪資) □存款(退休金) □存款(租賃收入) □ 贈與 □ 解除/終止契約/部分贖回/提領保單帳戶價值
   □ 投資收入 □基金贖回 □ 保險單借款 □ 貸款 □ 其他
5. 要保人、被保險人及實際繳交保險費之利害關係人於投保(含加保及提高保額)前 3 個月內是否有辦理解除/終止契約/部分贖回/提領保單帳戶價值、貸款或保險單借款之情形？ □否 □是，請勾選：□解除/終止契約/部分贖回/提領保單帳戶價值□貸款 □保險單借款。

若本件為復效件，就您的了解請說明：

1.本件停效原因：_____ 2.申請復效理由：_____

如為加保或保額提高或復效，請說明下列第二、三項：

二、要保人與被保險人資料：(金額單位:新台幣)

項目 \ 對象		被保險人	要保人 (與被保險人為同一人無須填寫) **註：要保人非自然人時，請於工作年收入欄位填寫要保單位之營業稅前利潤。**	●要保人為已婚且無固定工作收入時，請於本欄填寫要保人配偶資料 ●要保人為學生者，請於本欄填寫父母資料
財務狀況	個人工作年收入 (含薪資、公司紅利等)	約_____萬/年	約_____萬/年	約_____萬/年
	其他年收入 (如利息、房租、投資等)	約_____萬/年	約_____萬/年	約_____萬/年
	家庭年收入	約_____萬/年 (含個人、配偶、父母及子女年收入如薪資、公司紅利等與其他年收入如利息、房租、投資等)	約_____萬/年	約_____萬/年
職業	服務單位名稱			
	職業(含兼業)			
	工作內容			
	職位		/職業代碼：____	

三、要保人及被保險人是否已購買其他保險公司之商業保險？ □否 □是

四、要保人及被保險人身分確認：

1.過去一年內要保人是否居住於中華民國境外超過半年以上？	□否	□是，請說明居住國家(地區)：____
2.要保人或被保險人是否是現任(或曾任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務人士(如：中央或地方民意代表、公務機關首長)？	□否	□是，請說明：_____
3.要保人購買保險商品時，是否對於保障內容或給付項目完全不關心，抑或對於具高保單價值準備金或具高現金價值或躉繳保費之保險商品，僅關注保單借款、解約或變更受益人等程序？	□否	□是

五、其他(業務員補充說明欄)：

1.是否對本次保費來源、家庭財務，要/被保險人體況(例如外觀缺陷、健康異常或告知內容與實際狀況不相符等可能影響危險評估之情形)、生活習慣、投保紀錄或發現保費負擔或保障需求有顯不相當之情形等補充說明？
□否 □是：_____，或請詳業務員招攬說明書。

2.要/被保險人之家中主要經濟來源者為何(可複選)？□要保人□被保險人□法定代理人□配偶□其他

3.身故受益人是否指定為配偶、直系親屬，或指定為法定繼承人，且其順位及應得比例適用民法繼承編相關規定？□是 □否，請說明原因：

4.要/被保險人保險年齡是否大於或等於六十五歲?□否 □是，請填寫高齡投保評估量表

5.被保險人目前之住所係：
(1)□自有(含配偶及直系親屬)，是否貸款？□否□是 (2)□租賃 (3)□其他：_____

6.要/被保險人是否從事危險性較高之休閒活動？(例：駕駛輕型飛機、滑翔飛行機具、跳傘、攀岩、高空彈跳、潛水、滑水、滑雪、拖曳傘等活動)
□否 □是，請說明活動種類：_____、頻率_____次/年，需另填相關問卷請洽詢核保人員。

7.是否曾拜訪要/被保險人的住所或工作場所？□是 □否

8.本次變更之簽約地點：□要/被保險人住所 □要/被保險人工作地點 □其他：_____

六、高齡投保評估量表：為協助瞭解保險年齡達 65 歲(含)以上之客戶(要保人、被保險人)是否有辨識「不利其投保權益情形」之能力及投保保險商品適合性，辦理保額提高或附約加保，請確實詢問下列問題。

身分	**要保人**	**被保險人**(如與要保人為同一人可免填)
目前是否受有監護宣告	□否 □是	詳健康告知書之勾選
學歷	1.未曾就學或不識字 2.國中(含)以下 3.高中或同等學力以上?	
	請勾選：□1 □2 □3	請勾選：□1 □2 □3
健康 (可複選)	客戶是否具有下列障礙(不限領有身心障礙手冊或證明)？ 1.視覺障礙(包含視力為矯正後萬國優眼視力測定值於 0.04(含)以下，即無法辨識 2 公尺內物體者) 2.聽覺障礙(包含重聽、或離耳邊 50 公分之正常音量無法聽清楚語意者) 3.精神、心智功能障礙(例如：患失智症、憂鬱症、智能障礙，或有焦慮、暴躁、易怒、妄想、幻覺、自殘等症狀) 4.無上述情形	
	請勾選：□1 □2 □3 □4	請勾選：□1 □2 □3 □4
居住	1.居住於護理之家、長照中心 2.獨居 3.養生村 4.與家人/朋友同住?	
	請勾選：□1 □2 □3 □4	請勾選：□1 □2 □3 □4
生活事件	近一年生活上有無重大變故(例如：親人身故/罹病/離異…等變故)?	
	□1.有重大變故_____ □2.無重大變故	□1.有重大變故_____ □2.無重大變故
認知評估 (可複選)	您與客戶接觸過程中，有無下列情形? 1.無法充分表達及理解投保重要事項(例如無法說明投保目的、繳交保險費之資金來源、財務狀況等)或對商品內容說明無法瞭解(例如瞭解本次是購買保險商品、保費金額、繳費期間等) 2.頻繁詢問相同的問題、不記得已經約定好的拜訪或會晤日期/時間 3.識字或計算能力顯著低下，或親人/家屬表示客戶之認知能力低下或有疑慮 4.無上述情形	
	請勾選：□1 □2 □3 □4	請勾選：□1 □2 □3 □4
投資經驗	【投資型保單請增加本項回答】	
	除投保保險商品外，投資債券或相關類型之理財工具的經驗有多久？	
	□1 沒有任何經驗□2 一年內□3 一年(含)至三年 □4 三年(含)以上	□1 沒有任何經驗□2 一年內□3 一年(含)至三年 □4 三年(含)以上
	除投保保險商品外，是否有投資下列其他(非債券)類型之理財工具的經驗？(除勾選 1 者外，其餘可複選)	
	□1 沒有任何經驗□2.股票□3 外匯交易□4 期貨□5 基金	□1 沒有任何經驗□2.股票□3 外匯交易□4 期貨□5 基金
	倘有前一問項投資其他(非債券)類型理財工具的經驗，請進一步回答從事投資該理財工具的經驗有多久？(前一問項勾選 1 者，本題免答)	
	□1 一年內□2 一年(含)至三年□3 三年(含)以上	□1 一年內□2 一年(含)至三年□3 三年(含)以上
外幣商品	【外幣保單請增加本項回答】	
	是否有外幣需求、承擔匯率風險的能力及瞭解相關費用負擔約定？	
	□1 是 □2 否	□1 是 □2 否
評估結果	**保戶是否具有辨識「不利其投保權益情形」之能力?**	
	□**具有辨識「不利投保權益」之能力且保險商品適合，原因如下**: □理解投保內容且認知能力適足 □其他：_____ □**不具有辨識「不利投保權益」之能力或保險商品不適合，原因如下**: □無法理解投保內容或認知能力有低下情形 □其他：_____	□**具有辨識「不利投保權益」之能力且保險商品適合，原因如下**: □理解投保內容且認知能力適足 □其他：_____ □**不具有辨識「不利投保權益」之能力或保險商品不適合，原因如下**: □無法理解投保內容或認知能力有低下情形 □其他：_____

業 務 員 聲 明

1.要保人及被保險人符合投保之條件。
2.本人已核對要保人/被保險人身分證明文件(包括姓名、性別、出生年月日、身分證統一編號等)及聯絡方式(若以公司行號為投保單位，則須核對現時有效之法人合格登記資格證照、其代表人之合法證明文件、地址及聯絡電話)，且經確認其身分、職業、工作內容及婚姻狀況與健康告知書及業務員報告書填載內容無誤，同時已確認要保人與被保險人關係、受益人身分及受益人與被保險人之關係無誤。
3. **個人保戶：本人已核對並確認要保人提供之身分證明文件出生地為□非美國 □美國。**
本人已核對並確認要保人之住所/戶籍地址、聯絡地址□位於台灣 □非位於台灣。
法人保戶：本人已核對並確認要保人登記證照之註冊地、營運地□位於台灣 □非位於台灣。
4.本人已瞭解並評估要保人與被保險人保險需求及適合度：
(1)確認要保人已確實瞭解其所繳交保險費係用以購買保險商品。(2)充分評估要保人投保險種、保險金額、繳交保險費之資金來源及保險費支出與要保人或被保險人收入、財務狀況及職業等之相當性，並已確認其保單適合度。(3)充分評估六十五歲以上之客戶具有辨識不利其投保權益情形之能力。
5.本健康告知書係本人親視要保人/被保險人/法定代理人親筆簽名及填寫無誤。
6.本人於招攬時已主動出示登錄證，並告知公司授權範圍，同時確認健康告知書及業務員招攬報告書上填載之業務員姓名、登錄字號與出示之登錄證內容一致。
7.上述全部之投保須知，本人已向要保人/被保險人解說清楚，特此聲明。
8.本人了解：
(1)不應銷售保單給同為南山業務員之同仁。
(2)不得勸誘要保人、被保險人及實際繳交保險費之利害關係人解除或終止契約，或以辦理貸款、保險單借款繳交保險費。
(3)不得藉故或以其他方式妨礙公司與要保人、被保險人或受益人聯繫。
(4)不得未確認要保人或被保險人對保單之適合度，包括六十五歲以上之客戶提供不適合之保險商品。

業務員已確實審視「業務員招攬報告書」、「業務員聲明」上各項問題之填寫及聲明內容均詳實正確，業務員並確實具有招攬資格，且與公司所簽之業務員合約現時仍然有效。

業務員/保險經紀人/保險代理人/招攬人員簽名_____ 填寫日期：中華民國_____年_____月_____日

LAW65

<六頁之五>
POS110 (07-2026)

健康告知書填寫須知

1.取消弱體加費或變更弱體等級——填寫健康告知書及體檢。

2.變更保險種類：

由高費率變更為低費率或低增值率變更為高增值率：

①填寫健康告知書。

②體檢，但符合「壽險有效契約體檢資料之適用原則」(詳「業務人員作業手冊之醫務規則」)或「放寬壽險免體檢額度累計保額」規定者，從其規定。

3.提高壽險保額（限於保單生效日起一年之內申請）：

①填寫健康告知書。

②提高壽險保額——體檢，但符合「壽險有效契約體檢資料之適用原則」(詳「業務人員作業手冊之醫務規則」)或「放寬壽險免體檢額度累計保額」規定者，從其規定。

4.提高意外傷害保險保額：

①填寫健康告知書。

②提高意外傷害保險保額——原則上不須體檢。(但仍需依核保規則審核，必要時請客戶檢附相關可保性證明文件。)

5.加保或提高附約／附加保險計劃數、保額：

①填寫健康告知書。

②體檢——加保壽險附約且依投保規定須併入累計保額時；但符合「壽險有效契約體檢資料之適用原則」(詳「業務人員作業手冊之醫務規則」)或「放寬壽險免體檢額度累計保額」規定者，從其規定。

※附加附約須知：

1.附約保險商品受人身保險安定基金之保障：人身保險安定基金之墊付適用於依我國法律設立許可之本(外)國人壽保險業在我國境內銷售之有效保險契約，但不包括下列契約：

A.未經我國法令許可之保險業在國內所銷售之保險契約。

B.國內人身保險業之國外(總)分支機構在國外銷售之保險契約。

C.保險商品之專設帳簿部分。

D.依據勞工退休金條例年金保險實施辦法規定銷售之勞退企業年金保險契約及勞退個人年金保險契約。

E.再保險契約。

2.因投保契約所生紛爭之處理方式及申訴之管道：

A.要保人或被保險人因投保之保險契約發生爭議，可以向投保之保險公司、依金融消費者保護法規定設立之爭議處理機構或金融監督管理委員會(金管會)申訴。

B.如因保險契約爭議涉訟者，依據人身保險各險示範條款之約定，以要保人住所地地方法院為第一審管轄法院，要保人的住所在中華民國境外時，則以雙方約定之地方法院為第一審管轄法院。但不得排除消費者保護法第四十七條及民事訴訟法第四百三十六條之九小額訴訟管轄法院之適用。

3.健康險附約被保險人非因該附約約定之保險事故致該附約效力終止時(除已使用脫退率計價者外)，倘條款約定有解約金者給付解約金，無約定者退還未到期保費。

4.部份健康險附約及傷害險附約具有保險費調整機制，請詳閱該附約條款。

5.部份健康險附約及防癌險附約具有疾病等待期間規定，請詳閱「各附約條款」。

6.附約商品之終止、是否有保證續保、最高續保年齡及是否有保險金給付之限制等，請詳閱「各附約條款」。

6.復效：

①填寫健康告知書。

②體檢——依復效處理規則辦理。

7.若本保險契約有第一、二被保險人時，請填寫第一、二被保險人姓名並且須一併完成第一、二被保險人告知事項及說明事項。

附註：本公司於必要時得修正以上之規定。

如欲查詢保單狀況，可至南山人壽企業網站(https://www.nanshanlife.com.tw)點選南山保戶園地或洽本公司免費服務電話 0800-020-060 查詢。