

| 保單 | 號碼: | | | | | | | 險人姓 名 | | | | | |
|----------|---|--------------------------------------|------------------------------------|----------------------|-------------|--------------------------|---------------|--|-------------------|----------|------------|-----------|---------------|
| | 前請詳細閱語 筆正楷書寫) | 賣填寫須知, <mark>以下各</mark> ┃ | S欄有紅色框 / | • | 針對申請項目填入 | | | 為使填寫內容更清晰易於辨識・請使用深藍 | | | 使用深藍(| 色/黑色原子筆或 | |
| | 被保險 | | | | 資料。 | ,,, ,, | 申 : | 清日期: | 民國 | | 年 | 月 | 日 |
| | | 加眷屬資料時,言 名 身分證統一系 | | 年歐 | X-11 | \sim \leftarrow | 名 | 身分證統 | 一編號 | 性別 | 年 齢 | 出生日 | 期 |
| 配 | 偶陳美滿 | J11111111 | 1. | 43 | 65.5.3 | 子女艾小 | | A22222 | | 女 | 16 | 92.5.10 | |
| 子 | 女 | | | | | 子女 | | | | | | | |
| 職弟 | 職業及兼業 | | | | | | | | | | | | |
| À | 皮保險人 | 職業類別 | 保險 | 業 | 職位 | | 1 | 經理 | | | 職業代 | 碼 | |
| 7 | 人 | 服務單位或學校 | 名稱: | | | <u>南</u> l | 山人壽 | | | | | | |
| | 記 偶 | . , ., ., ., ., | 教育業 | | | 職位 | 教師 | | | | | | |
| | | 心障礙手冊或身 R (請勾選): □ | | | 铥)?□是 | (請提供前 | 述手册 | 或證明) | ☑否 | 倘有 | 投保其 | ·他保 | $\overline{}$ |
| | | で(明の送)・□ そ有監護宣告(請 | | | 供相關證 | 明文件)[| | | _(| | 司實支 | |)— |
| | 是否已投份 | F其他保險公司 5 | 于齒保險? | □是 | ☑否 (若 | 為牙齒保險 | 负請勾達 | | | 型醫 | 療(傷智 | 害)保 | |
| 投 | | 已投保其他保險, 支實付型傷害醫療 | | 付型傷害 □是 □否 | | 或實支實行 | 丁型 醫 鴉 | 条保險(請名 | 1選)?[| <u> </u> | | | |
| 紀: | (4)貝) | 支實付型醫療保險 | } | □是 □ 否 | | | | | | | | | |
| ` | | 人告知事項(| <u> </u> | | 75 11 5 | | | T Me in 9 | Y | | | | |
| 身市 | | 180 公分 | | | | 職業及兼 | | (人木糸 |) 日月 | | | | |
| | | /不分紅壽險/分紅 ,是否有告知為"; | | | | 美元終身份 | R 險 (UR | SDA).(USSI | <u>)A)</u> 有關 | ,請! | 回答 | □是 □ | 否 |
| | | 個月內是否曾因受傷 | | | 、診療立 | - 11. Im mi | | | | | 下垂體機 | 能亢進或 | 低下、 |
| | 2. *過去二 | 年內是否曾因接受 | 健康檢查有料 | 異常情形 | क्त | [入被保险 [、工作户 | • | | | 爱滋养 | 病帶原 | | |
| | 3. *過去五 | 其他檢查或治療?(年內是否曾因患有下 | | | H 1 | • | | | 列疾病而 | 結石 接受 | 醫師治療 | ·療、診療或用藥? | |
| | 用 藥 ? (1)*高血 | 1壓症(指收縮壓 140 | OmmHg 舒張壓 | 90mmHg L | 人上)狹心 | (1) <u>個//a</u> (2)食道 | 、胃潰瘍 | <u>川 </u> | <u>暈症</u> 瘍性大胆 | 易炎、 | 胰臟炎 | | |
| | 症\' | <u>心肌梗塞</u> 、心肌肥厚 脈血管瘤 | | | | (3)肝炎» | 亥毒帶原 | 、肝膿瘍、 、肺膿瘍、 | 黄疸 | | | | |
| | (2)腦中 | <u>風(腦出血、腦梗塞</u> 化症、癲癇、肌肉 | <u>K</u>)、 <u>腦瘤</u> 、脂 苯烷点、素或 | 動脈血管 | 瘤、腦動 | (5)乳漏』 | 主、陰道 | 異常出血(- | 女性被保 | | | 主业吅、4 | 与内腔 |
| | 礙(タ | 卜表無法明顯判斷; | 者)、巴金森 | E肌無力、 <u>氏症、精</u> | 神病 | (7)女性衫 | 皮保險人 | 回答:乳腺 | 炎、子宮 | 內膜昇 | 異位症 | | コ171平 |
| | (4)肝炎 | 腫、塵肺症、肺結 、 <mark>肝硬化</mark> 、*肝功能 | | GPT 值檢專 | 儉值有異 | 6. 過去五年 | 內是否 | 答:是否已码 曾因受傷或 | 生病*住『 | 完治療 | 七日以上 | ? | |
| 喜 | (5)腎臟 | 形 <u>者)</u> 炎、腎病症候群、胃 | 肾機能不全、 | 尿毒、腎 | | | | 5有失明、 ^冀 雨足歲以下: | | | | | |
| n-4. | | 膜剝離或出血、 <mark>視</mark> (惡性腫瘤) | 神經病變 | | | | | 週數少於 3 重 | | 古 | | | |
| 險 | | 病、白血病、貧血(再 | 生不良性貧血 | 1、地中海 | 型貧血)、 | 石足, II 妊娠週妻 | | | | 九 | | | |
| | 如與 優體. | 壽險有關,請回答 | | | 口為"是"之情 | 事?(LL) | | | | | | | 7- |
| 部 | | 5有上述第 1~7 項· 年內是否曾使用任何 | | | 、雪茄、菸 | 斗及咀嚼菸 | 草等)? | | | | | 是 | 一 |
| <i>I</i> | 如與 南山/ | · 壽大利還本終身保 | 險 有關,請 | 回答第1] | | | | ·情事?(LL) |) | | | | |
| 份 | | 否有上述第1項告: 五年內是否曾因患有 | | | 師治療、診 | 療或用藥? | | | | | | 是 | 否 |
| | 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)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)有關,請回答第14、15項是否有告知為"是"之情事?(LC) | | | | | | | | | | | | |
| | 如與 <u>陶山人壽龍変住人郊女終身保險</u> (甲型/乙型)有關,請回合第 14、15 填定否有告知為"定 之情事?(LL) 14. 請問是否有上述第 1~7 項告知為"是"者? | | | | | | | 是 | 否 | | | | |
| | | 年內是否曾患有乳房 定期保險(TKI)有 | | | | | | | ム! 旦 !! | 胜古(| ን (ጥጥ) | | |
| | 16. 是否正 | 接受牙周病手術或治 | 濟?或已確 | 診牙周病而 | | | | 疋 百月 古知。 | 対圧て | - 旧争 | (11) | □是□ | 否 |
| | 18. 每星期 | 因牙周病而導致牙i 是否有咀嚼一次或- | - 次以上的檳 | 榔? | | | | | | | | | |
| | 如與南山 | 人壽健康e守護 | 美終身保險 | (MSAE) | 有關,請回 | 7答第 1~ | 7 • 32 | · 26 · 27 | 項是否: | 有告矣 | 汩為" | | 否 |



二、被保險人告知事項(二)

| 喜研 | 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) 有關,除回答第 14、15 項外,請繼續回答 | □是□否 | | | | | |
|--|---|-------|--|--|--|--|--|
| 奇 | 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、(5)心室中隔缺損、開放性動脈導管、心房中隔缺 | | | | | | |
| 險 | 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? | | | | | | |
| 122 | 21. 被保險人本人、配偶或子女是否曾患有下列疾病? 育不全症、單心室、全肺靜脈回流異常、永 | | | | | | |
| ar (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 (6)重症β地中海型貧血(庫利氏貧血)、血力 | | | | | | | |
| | (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 垂體低下症、成骨發育不全症、極輕體重兒(出爾遜氏病、白胺酸代謝異常、尿素循環代謝異常症 不超過1,000 公克)、唇顎裂、纖維性囊腫、炎 | | | | | | |
| 份 | (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 先天性失明、瓦登伯革氏症候群、先天性髋關節性無肛症、橫隔膜疝脫 | | | | | | |
| | 如與 <u>南山八壽穩助機醫療保險(EIDH)</u> 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。 | | | | | | |
| 健 | (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? □ ≥ 60m1/min/1.73m² □ < 60m1/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 | | | | | | |
| 廷 | | | | | | | |
| 康 | □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。 | | | | | | |
| 承 | □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 | | | | | | |
| 險 | □無定期回診與服藥。 如與 <mark>健康險</mark> 有關,請回答第 25~27 項,是否有告知為"是"之情事?(HH) | | | | | | |
| IXX | 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? | | | | | | |
| 部 | 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 | □是 □否 | | | | | |
| DJ. | 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 | | | | | | |
| 分 | 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 | | | | | | |
| 74 | 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? | □是 □否 | | | | | |
| | 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 | | | | | | |
| 特 | 如與 <u>特定傷病健康險</u> 有關,請回答第28、29項,是否有告知為"是"之情事?(HR) | | | | | | |
| 定 | 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 | | | | | |
| 傷 | 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(TTED), 南山人壽精美好美元 | | | | | | |
| 病 | 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)IED85). 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 | | | | | |
| 定 | 如與 <u>重大疾病險</u> , 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" | | | | | | |
| 重疾 大險 | 之情事?(DD) 30. 請問是否有上述第 1~8 項告知為"是"者? | □是 □否 | | | | | |
| 八險 | 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? | | | | | | |
| - | 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 | | | | | | |
| 長 期健 | 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 | | | | | | |
| 以期看護/四 | 次給付], (PILTO) 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? | | | | | | |
| 護部 | 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? | | | | | | |
| 照份 顧 | 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 如與傷害險有關,請回答第36項,是否有告知為"是"之情事?(PP) | | | | | | |
| 傷 | 36. 目前身體機能是否有下列障害: | | | | | | |
| 害險 | (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)輩。(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 | □是 □否 | | | | | |
| 部份 | 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。 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 | | | | | | |
| 173 | 保險附約(AI/NAI) 南山人壽溢帆風順2保險(HMPA2)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) | □是 □否 | | | | | |
| | 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? 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) | | | | | | |
| 連健重範 結康大圍 | 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 | | | | | | |
| 全保傷商 | 病歷或檢查報告) | □是□否 | | | | | |
| 民險病品 | (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。 | | | | | | |
| 防 | 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) | 一旦 「エ | | | | | |
| 癌 | 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 | | | | | |
| 險 部 | 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)BIPL3C】 [南山人壽新多美好美元利率變動型終身保險 (定期給付) 【(S)BIPL5C】 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 | | | | | |
| 分 | 如與南山人壽增享心安保險(21180))有關,請回答第40、41項是否有告知為"是"之情事? | □是 □否 | | | | | |
| 配子知 | 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? 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 | | | | | | |
| 偶女事 或告項 | 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~ | | 點、 | | | | | |

三、投保医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 您是否領有身心障礙手册或身 類別: 職位: 代碼: 投保要保人豁免保 □是(請提供前述手冊或證明 耍 **险費附約,請填入 长及兼業** 工作內容 身高 (SN1) (及兼業) 要保人相關資料。 保 告 知 27 項是否有告知為"是"之情事? ············□是 □、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 上述「被保險人告知事項」 如有告知為"是"者·請註明問題號碼、詳 事項 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 質稱本商品)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)所獲得理與 醫療費用,故當受益人 契變加保實支實 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 谨就其他同性質保險商 付型醫療(傷害) 品理賠不足之差額進行賠付。 保險商品,請詳閱 但與實支實付型住院 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 本聲明及勾選。 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。 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。 、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: 、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:(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 要保人簽名: 陳美滿 簽名欄所稱之當事人本人親自簽名。) 要保人身分證統一編號: J111111111 業務員/送件人簽名: 年 身分證統一編號: 生日: 65 05 月 03 日 要保人或被保險人為 (送件人為業務員者免填身分證統-艾大明 陳美滿 簽名:(本人) /(配偶) 未成年者,其法定代理 業務員登錄字號: 人請務必簽名。 :(子女) 艾小花 艾南山 金融機構通路專用欄 保經/保代公司簽章 法定代理人簽名: 陳美滿 招攬人員/送件人簽名: (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 分行/分公司名稱/分行代號: 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 業務員登錄字號: 理人簽名)

自簽名>

員工編號:

<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

| | 業 務 員 招 攬 報 告 書 | | | | | | | |
|---------------|---|---|--|---------------------------------------|------------------|---------------------------------|--|--|
| — ` | 本次契約變更: | | | | | | | |
| | 是經由□您的推薦 □要保人/被保險人主動要求。 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 □增加保险保障 □新保險商品符合需求 | | | | | | | |
| | □子女教育金準備 □分擔子女未來 請務必填寫本次保障內容 □累急預備金 □家庭責任 及保險金額決定方式 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| 4. | □由業務員(招攬人員)規劃決定 □其他 本次繳交保險費來源(可複選): □由 □由 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ | | | | | | | |
| | □ 存款(薪資) □存款(退休金) □存款(租賃收入) □ 增元 □ 加示/於正契約/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 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/ | | | | | | | |
| 若 | 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。 告本件為復效件,就您的了解請說明: | | | | | | | |
| 1. | 本件停效原因: | | <u> </u> | 要保人/被保险 | | | | |
| 如為 | ,加保或保額提高或復效,請 | 青說明下列第二、三項 | : | 請務必填寫要 | ·侨人資料 | | | |
| _ ` | 要保人與被保險人資料: | : (金額單位:新台幣) | | | | | | |
| | 對象項目 | 被保險人 | 要保人 (與被保險人為同一 註:要保人非自然人時 入欄位填寫要保單位之 | ·人無須填寫) ·,請於工作年收 | 收入時,請 配偶資料 | 婚且無固定工作 於本欄填寫要保人 生者·請於本欄填 | | |
| 財 | 個人工作年收入 (含薪資、公司紅利等) | 約萬/年 | 約 | 萬/年 | 約 | 萬/年 | | |
| 務狀 | 其他年收入 (如利息、房租、投資等) | 約萬/年 | 約 | 萬/年 | 約 | 萬/年 | | |
| 水 沢 | 家庭年收入 | 約 萬/年 | 約 | 萬/年 | 約 | 萬/年 | | |
| | nn 24 nn | | t 及子女年收入如薪資、 | 公司紅利等與其他 | 2年收入如利息 | · 房租、投資等) | | |
| msh. | 1,7 | 位 名 稱 | | | | | | |
| 職業 | | 兼 業 內 容 | | | | | | |
| 亦 | 職 | | | ::::::::::::::::::::::::::::::::::::: | | | | |
| | | 位 | | (未15%, | | | | |
| | 要保人及被保險人是否已 | | 之商業保險? □香 | □是 | | | | |
| | 要保人及被保險人身分研 | | | | | | | |
| | 過去一年內要保人是否居 | | | □否□是 | ,請說明居住國 | 家(地區): | | |
| 2. | 要保人或被保險人是否是重要政治性職務人士(如: | .現任(或曾任)國內外 中央或地方 <u>民音化</u> | ·政府或國際組織之 · 八 | □否□是 | ,請說明: | | | |
| | 要保人購買保險商品時, 備金或具高現金價值或躉 | | | ,抑或對於具高 約或變更受益/ | | □否□是 | | |
| 五、 | 其他(業務員補充說明欄) |) : | | | | | | |
| | 是否對本次保費來源、家庭 | | | | | | | |
| | 「能影響危險評估之情形) 「エ □日· | 、生活習慣、投保紀念 | 錄或發現保費負擔頭 | | | • • • • | | |
| _ | 〗否 □是: ē/被保險人之家中主要經 | | 罷)?□亜保人□祉公 | | 業務員招攬說 珊厶□配偲□ | | | |
| 3. 身 | 財故受益人是否指定為配价 | 禺、直系親屬,或指 | | | | _ · · | | |
| | €?□是□否,請說明原 長/被保險人保險年齡是否。 | | :?□否 □是,請埴 | 寫高齡投保評化 | 冶量表 | | | |
| | 皮保險人目前之住所係: | 7. S. | | M 19 12 12 17 1 | 工工化 | | | |
| | 1)□自有(含配偶及直系親 | | | | | | | |
| | g/被保險人是否從事危險! | | (例:駕駛輕型飛機、 | ·滑翔飛行機具 | 、跳傘、攀岩 | 、高空彈跳、潛 | | |
| | く、滑水、滑雪、拖曳傘等 〗否 □是,請說明活動種類 | | 、 | 如/在,雨里 | 植相圆胆尖岩 | 洽詢核保人員。 | | |
| | 」否 L定,萌就奶店助程。 是否曾拜訪要/被保險人的 | | | | 矢伯刚四苍萌 | 旧则你你人只。 | | |
| | 次變更之簽約地點:□要 | · · · · · · — | - : | 也點 □其他 | : | | | |



| | 協助瞭解保險年齡達 65 歲(含)以上之辦 架額提高或附約加保·請確實詢 | | <mark>保險人)</mark> 是否有辨識「不利其投保權益的 | 情形」之能力及 | | | | |
|---|--|--|--|----------------------------|--|--|--|--|
| 身分 | 要保人 | 3 () 3 () 3 (| 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 | 是 | | 詳健康告知書之勾選 | | | | | |
| 學歷 | 「高齡投保評估量 | 中或同等學力以上 | ? | | | | | |
| 字燈 | 表」,請業務同仁詢問 |) | 請勾選: □1 □2 □3 | | | | | |
| 健康 (可複選) | | 分之正常音量無法聽 | 含)以下,即無法辨識 2 公尺內物體者) 清楚語意者) ٤,或有焦慮、暴躁、易怒、妄想、幻覺、 請勾選:□1□2□3□4 | 自殘等症狀) | | | | |
| | 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? | | | | | |
| 居住 | 請勾選: □1 □2 □3 □4 | | 請勾選: 1 2 3 4 | | | | | |
| | 近一年生活上有無重大變故(例如:親人 | 、身故/罹病/離異…等 | | | | | | |
| 生活事件 | □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(份無法瞭解(例如瞭解本次是購買保險商 2.頻繁詢問相同的問題、不記得已經約 3.識字或計算能力顯著低下,或親人/家 4.無上述情形 請勾選:□1□2□3□4 | 有品、保費金額、繳費 定好的拜訪或會晤日 | 期/時間 | 或對商品内容說明 | | | | |
| | 【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 □1沒有任何經驗□2一年內□3一年 □4三年(含)以上 | (含)至三年 | □1 沒有任何經驗□2 一年內□3 一年(含)□4 三年(含)以上 | | | | | |
| 投資經驗 | | ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, | 里財工具的經驗?(除勾選1者外,其餘可複 | | | | | |
| | | 里財工具的經驗 ,請進 | □1 沒有任何經驗□2.股票□3 外匯交易□ □一步回答從事投資該理財工具的經驗有多。 □1 一年內□2 一年(含)至三年□3 三年(含 | 久?(前一問項勾 | | | | |
| | 【外幣保單請增加本項回答】 | | | | | | | |
| 外幣商品 | 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 | | | | | |
| | 保戶是否具有辨識「不利其投保權益情形」之能力? | | | | | | | |
| 評估結果 | □具有辨識「不利投保權益」之能力且保險 □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。 □無法理解投保內容或認知能力有低下。 □其他: | 商品適合,原因如下: | □具有辨識「不利投保權益」之能力且保險商。 □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 □無法理解投保內容或認知能力有低下情形 | _ 品不適合,原因如下: | | | | |
| | | | | | | | | |
| 核對現時有效之法人合物 與健康告知書及業務員 3. 個人保戶:本人已核對 本人已核對 法人保戶:本人已核對 4.本人已瞭解並評估要保人 (1)確認要保人已確實瞭 | (保之條件。 念人身分證明文件(包括姓名、性別、出 格登記資格證照、其代表人之合法證明 報告書填載內容無誤,同時已確認要保 並確認要保人是供之身分證明文件出生 立確認要保人之住所/戶籍地址、聯絡地 並確認要保人登記證照之註冊地、營運 與被保險人保險需求及適合度: 解其所繳交保險費係用以購買保險商品 險人收入、財務狀況及職業等之相當性 | 生年月日、身分證納 目文件、地址及聯終 人與被保險人關係 也為□非美國 □美 吐□位於台灣 □非 也□位於台灣 □非。 (2)充分評估要保/ | 位於台灣。 | 內容及婚姻狀況 《無誤。 金來源及保險費 | | | | |
| 5.本健康告知書係本人親祝 6.本人於招攬時已主動出示 錄證內容一致。 7.上述全部之投保須知,本 8.本人了解: (1)不應銷售保單給同為 (2)不得勸誘要保人、被保 (3)不得藉故或以其他方: | 要保人/被保險人/法定代理人親筆簽名/ 登錄證,並告知公司授權範圍,同時確認 人已向要保人/被保險人解說清楚,特出 | &健康告知書及業務 七聲明。 除或終止契約,或以 人聯繫。 | | 字號與出示之登 | | | | |
| | | | 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多 業務員/保險經紀人/保險代3 | | 填寫 | 3日期:中華民國 <u>114</u> 年 <u>10</u> | 月 20 | | | | |

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。

