



安達人壽牙齒保險要保書(面銷通路專用)

- ◎本公司資訊公開說明文件，請查閱本公司網址：www.chubblife.com.tw 或洽免付費服務專線 0800-011-709 或至本公司查詢。
- ◎本保險為不分紅保險單，不參加紅利分配，並無紅利給付項目。
- ◎本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。
- ◎投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。
- ◎保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解，並把握保單契約撤銷之時效（收到保單翌日起算十日內）。
- ◎健康保險契約之被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時（除保險契約已使用脫退率計價者外），不論保險契約是否已領有任何一種保險金，保險公司應主動給付解約金或退還未到期保險費給要保人，但保險契約有解約金者，需以解約金方式給付。
- ◎被保險人因本契約生效日（或復效日）前已接受根管治療之恆齒而接受拔牙或裝設牙冠者，本公司不負給付「活動義齒保險金」、「固定義齒保險金」、「植牙保險金」及「牙冠保險金」的責任，詳請參閱保單條款。

一、基本資料

※以下內容請以正楷清楚填寫，如有塗改，請於塗改處簽名確認。

被保險人	姓名				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	民國	年	月	日		
	身分證字號 (統一證號)											國籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他
	聯絡電話	公司電話 ()			住家電話 ()			行動電話					
	E-mail												
	被保險人住所	郵遞區號	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	號	之		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	市	市區	里	街	弄	樓	之				
	※被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？					<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（如勾選是者，請提供文件。）							
※被保險人目前是否受有監護宣告？					<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（如勾選是者，請提供相關證明文件。）								
要保人	與被保險人關係	<input type="checkbox"/> 本人（若為本人請勾選，且下列要保人資料無須填寫，僅填 戶籍地址 即可。） <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他											
	姓名				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	民國	年	月	日		
	身分證字號 (統一證號)											國籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他
	聯絡電話	公司電話 ()			住家電話 ()			行動電話					
	E-mail												
	電子表單服務 (含保單帳戶價值通知)	<input type="checkbox"/> 同意本人於安達人壽所有保單以 E-mail 或簡訊方式提供相關電子單據或電子通知服務。（若未勾選逕以書面通知） ※未來 E-mail 或行動電話異動時，請務必通知本公司，以維護您的權益；電子表單項目可至本公司網站查詢。											
	保單類型	<input type="checkbox"/> 電子保單 <input type="checkbox"/> 紙本保單（條款 QR code） <input type="checkbox"/> 紙本保單			1、選擇「電子保單」者，要/被保險人之行動電話為必填。 2、選擇「紙本保單(條款 QR code)」者，行動電話為必填。 3、若未指定則以「紙本保單」方式提供。								
	要保人住所 (聯絡地址)	郵遞區號	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	號	之		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	市	市區	里	街	弄	樓	之					
※本公司將催告通知書及相關文書送達以要保人住所為準。													
戶籍地址	<input type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 另列如右：												
服務機構 (公司/學校名稱)				工作內容 (含兼職)									

二、受益人

◎【身故／喪葬費用保險金受益人】如係身分別之指定或要保人未填寫該受益人之聯絡地址及電話，則本公司以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後之通知依據。前述受益人欄位不可空白，且指定之受益人有兩人以上者，請務必指定分配方式，若未指定或指定不明時，則以同一順位、均分方式辦理。如指定法定繼承人，其分配比例應依民法繼承編應繼分之相關規定辦理。

◎【滿期保險金受益人】如未指定，則以要保人為受益人。

保險金種類	受益人資料					順位	比例	
身故／喪葬費用保險金	姓名	身分證字號	出生日期	民國 年 月 日				
	聯絡電話	與被保險人關係	國籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
	聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 指定地址：□□□ _____						
	姓名	身分證字號	出生日期	民國 年 月 日				
身故／喪葬費用保險金	聯絡電話	與被保險人關係	國籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
	聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 指定地址：□□□ _____						
	姓名	身分證字號	出生日期	民國 年 月 日				
	聯絡電話	與被保險人關係	國籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
身故／喪葬費用保險金	聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 指定地址：□□□ _____						
	姓名	身分證字號	出生日期	民國 年 月 日				
	聯絡電話	與被保險人關係	國籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
	聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 指定地址：□□□ _____						
滿期保險金	姓名	身分證字號	出生日期	民國 年 月 日				
	聯絡電話	與被保險人關係	國籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
	聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 指定地址：□□□ _____						
	姓名	身分證字號	出生日期	民國 年 月 日				
滿期保險金	聯絡電話	與被保險人關係	國籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
	聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 指定地址：□□□ _____						
	聯絡電話	與被保險人關係	國籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
	聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 指定地址：□□□ _____						

三、投保內容

投保險種	安達人壽從齒健康全面型定期保險 (DRF)	繳費年期	保險金額
		<input type="checkbox"/> 繳費 10 年期 <input type="checkbox"/> 繳費 15 年期	保額 1 萬元
繳別	<input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳 (採月繳者, 首期須繳二個月)		
自動墊繳	本保單如累積有保單價值準備金時, 是否同意於寬限期間後仍未繳齊應繳之保險費時, 本公司自動墊繳本保單主附約應繳之保險費及利息?		<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意
繳費方式	首期: <input type="checkbox"/> 金融機構轉帳 <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 自行繳費 (含匯款、郵局劃撥、自動櫃員機繳費)		
	紙本授權書【授權編號: _____】需附「金融機構代繳保險費授權書」。		
	立碼驗授權【授權編號: CB-_____】(限台幣保單適用)。		
	續期: <input type="checkbox"/> 金融機構轉帳 <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 自行繳費 (含匯款、郵局劃撥、自動櫃員機繳費、便利商店繳費)		
	紙本授權書【授權編號: _____】需附「金融機構代繳保險費授權書」。		
	立碼驗授權【授權編號: CB-_____】(限台幣保單適用)。		
	*若選擇以金融機構自動轉帳或信用卡扣款者, 授權編號欄位必填, 並請檢附「金融機構代繳保險費授權書」。		

四、告知事項

被保險人告知事項, 請要保人及被保險人親自據實回答, 如有為隱匿或遺漏不為說明, 或為不實的說明, 足以變更或減少本公司對於危險之估計者, 本公司得依保險法第 64 條規定解除本保險契約, 其危險發生後亦同; 另為維護您的權益請確實了解保險法第 127 條「保險契約訂立時被保險人已在疾病或妊娠情況中者, 保險人對是項疾病或分娩不負給付保險金之責任。」之規定。

身高(LBH1)	體重(LBW1)	服務機構 (公司/學校名稱)	工作內容 (含兼職)
公分	公斤		
1、是否曾因牙周病而導致牙齒脫落 (缺失)?			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2、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?			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3、是否有任何活動假牙?			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4、每星期是否有咀嚼一次或一次以上的檳榔?			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
上述若告知為『是』, 請詳填下列資料: (LSD1)			
1、診斷病名 (外傷者含受傷部位)		2、就診醫院	3、就診大約起訖時間 自____年____月至____年____月
4、治療方式 (手術名稱/門診/住院/服藥)		5、現在狀況: <input type="checkbox"/> 無須追蹤治療 <input type="checkbox"/> 繼續追蹤治療: 最近一次就診年月____年____月	

五、聲明事項

- 本人 (被保險人) 同意安達國際人壽保險股份有限公司 (以下簡稱安達人壽) 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) 同意安達人壽將本要保書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。
- 本人 (被保險人、要保人) 同意安達人壽就本人之個人資料, 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。

保險業招攬人員合格銷售資格證件、「要保書填寫說明」、「保險契約條款樣本」、「投保人須知」及「個人資料蒐集、處理及利用告知書」各乙份。	<input type="checkbox"/> 已 審 閱
--	--------------------------------

要保人簽名: _____	被保險人簽名: _____	<input type="checkbox"/> 同要保人/被保險人 (以下免填) 與要保人/被保險人關係: _____ 出生日期: 民國____年____月____日 身分證字號 (統一證號): _____ 聯絡電話: _____ 國籍: <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 法定代理人/監護人/輔助人簽名: _____
--------------	---------------	--

要/被保險人為不識字之成年人或雙目失明者見證欄

見證人 1 簽名: _____	見證人 2 簽名: _____
身分證字號: _____	身分證字號: _____
關係: _____	關係: _____
申請日期: 民國____年____月____日	※簽名欄請親自簽名, 若有塗改請重填要保書。 ※七足歲 (含) 以上未成年人者, 須本人及其法定代理人簽名。 ※未成年人、受有監護宣告或受輔助宣告尚未撤銷者, 請法定代理人/監護人/輔助人簽名。

以下欄位由業務單位填寫

※本人已核對要保人、被保險人（及法定代理人／監護人／輔助人）身分無誤，且本要保書各欄及詢問事項確均經本人詳細詢問，並親見要保人、被保險人（及法定代理人／監護人／輔助人）親簽本要保書。【執業之保險業務員／經紀人／代理人為業務招攬時，請於業務人員欄簽名。】

※保單遞送方式：郵寄方式寄至「聯絡地址」 服務人員轉交【無指定者逕由服務人員轉交，若選電子保單者限以email方式遞送】

保經／代分支代號	保險業務員／經紀人／代理人簽名	受理編號	保險經紀／代理人簽署人章
保經／代分支名稱	保險業務員登錄字號／執業證號	聯絡手機或電話分機	

通路代碼：

專案代碼：

安達人壽受理章：

安達人壽保險契約審閱期間確認聲明書

一、本人(即要保人)投保 貴公司

安達人壽從齒健康全面型定期保險 (DRF) ,

經業務員親送 傳真 郵寄 網路 電子郵件(可複選)

之方式取得上述保險專案之保險契約條款樣張(含主附約條款、附加條款及批註條款)。

二、本人(即要保人)就上述保險契約條款樣張之審閱期間聲明如下：

於民國_____年_____月_____日已取得上述保險契約條款樣張，

已審閱至少三日。

註：假設取得保單條款日為T日，審閱期間規範至少為3日，則要保申請日期應為T+4日或以後。

其他：_____

此 致

安達國際人壽保險股份有限公司

要保人簽名：_____身分證統一編號：_____

【簽名欄請親自簽名，簽名欄若有塗改請重填聲明書】

法定代理人/監護人/輔助人簽名：_____

(未成年人、受有監護宣告或受輔助宣告尚未撤銷者，請法定代理人/監護人/輔助人簽名)

【簽名欄請親自簽名，簽名欄若有塗改請重填聲明書】

聲明日期：民國_____年_____月_____日

業務人員確認此份聲明書係由要保人親自簽名無誤。



業務員簽名：_____ / _____



安達人壽遵循美國外國帳戶稅收遵從法(FATCA)暨
金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)身分聲明書(個人件)

立聲明書人姓名：_____ 身分證字號：_____

【FATCA 身分】	
<p>一、您是否有義務在美國繳稅，即屬於美國稅務居民？ 美國公民、美國綠卡持有者或美國長期居民(當年度在美國境內停留天數≥31天，且(當年在美國境內停留天數*1+去年在美國境內停留天數*1/3+前年在美国境內停留天數*1/6)≥183天。)</p> <p><input type="checkbox"/>是，請檢附 W-9 表單(英文填寫)，免填第 2、3 題</p> <p><input type="checkbox"/>否，請續填第 2 題</p>	
<p>二、您的出生地是否為美國(含美國屬地)？</p> <p><input type="checkbox"/>是，請檢附相關文件(1) W-8BEN 表單(2) 非美國護照或身分證明文件(3) 棄籍證明，免填第 3 題</p> <p><input type="checkbox"/>否，請續填第 3 題</p>	
<p>三、您是否具有下列任一項美國指標，但非美國納稅義務人？</p> <p>1. 出生地為美國 / 2. 美國公民 / 3. 美國永久居民 (持有綠卡) 美國長期居民 / 4. 具美國住址或連絡地址 (含郵政信箱) / 5. 具美國電話號碼 / 6. 代理人具美國地址 / 7. 持續指示將資金轉入於美國的帳戶 / 8. 委託或簽署授權予具有美國地址之人、轉交郵件地址或代存郵件地址為客戶唯一的地址</p> <p><input type="checkbox"/>是，請檢附相關文件(1) W-8BEN 表單 (2) 非美國護照或身分證明文件</p> <p><input type="checkbox"/>否</p>	
【CRS 身分】	
<p>您除了中華民國、美國以外，是否具有《其他國家或地區之稅務居民》身分？</p> <p><input type="checkbox"/>是，請檢附自我證明表-個人(英文填寫)</p> <p><input type="checkbox"/>否</p>	

遵循美國外國帳戶稅收遵從法 (Foreign Account Tax Compliance Act, "FATCA") 暨金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)之相關規定說明：

- 安達人壽為履行 FATCA 及與之相關的條約、國際協議及美國國家稅務局 (Internal Revenue Service) 所發布之行政命令、指引及申報表單等義務，安達人壽需蒐集客戶的國籍與稅籍資料及將客戶的稅籍資料和帳戶資訊轉交予美國國稅局。
- 安達人壽為遵循 FATCA 義務，需將客戶的稅籍資料及帳戶資訊轉交予美國國稅局。此等揭露可能透過安達人壽之總公司或關係企業完成。
- CRS 係依稅捐稽徵法第 5 條之 1 第 6 項訂定，其內容參考經濟合作暨發展組織發布之共同申報及盡職審查準則，客戶了解安達人壽依 CRS 規定取得客戶之自我證明文件，以辨識帳戶持有人為稅務居住者之國家/地區。安達人壽依法可能將本表及該帳戶其他資訊提供中華民國稅捐稽徵機關，經由政府間協定進行稅務目的金融帳戶資訊交換，提供他方國家/地區稅捐稽徵機關。
- 客戶提交予安達人壽之文件(包含但不限於填報之美國國稅局稅務文件、FATCA、CRS 身分別聲明及相關身分證明文件)內容若有不實或不完整，可能造成當事人之直接、間接或潛在之損失或額外的稅上負擔或罰鍰，當事人須自行承擔，安達人壽不負擔任何責任。

本人(立聲明書人)聲明：

- 本人已詳細閱讀本聲明書內所載之訊息，並同意配合 貴公司遵循美國外國帳戶稅收遵從法及金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法之相關規定。
- 本人係據實填寫本聲明書資料，如有填寫不實，本人願負擔相關法律責任。
- 本人最遲應於上表「FATCA」或「CRS」身分變更之日起 30 日內主動書面通知安達人壽。

立聲明書人簽名	法定代理人/監護人/	民國 年 月 日
	輔助人簽名	
業務員簽名	填寫日期	

※未成年人、受有監護宣告或受輔助宣告尚未撤銷者，請法定代理人/監護人/輔助人簽名



安達人壽個人資料蒐集、處理、利用告知事項

安達國際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)第六條第二項、第八條第一項(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定,向 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

一、蒐集之目的:

- (一)人身保險(〇〇一)
- (二)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)
- (三)消費者、客戶管理與服務(〇九〇)

二、蒐集之個人資料類別:

- (一)識別類(例如姓名、性別、出生年月日、國籍、住址、電話、身分證統一編號、電子郵件、聲音、影像檔案)。
- (二)特徵類(例如家庭情形、教育程度、職業、財務狀況、健康情況)。
- (三)病歷、醫療、健康檢查
- (四)保險契約所需填載、保險契約變更及本公司各類保險服務相關業務所需填載之其他必要事項。

三、個人資料之來源(個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用)

- (一)要保人、被保險人
- (二)當事人之法定代理人、輔助人
- (三)各醫療院所
- (四)與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。

四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式:

- (一)期間:公司存續及依法令規定應為保存之期間。
- (二)對象:本公司、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、財團法人保險安定基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、與本公司合作之保險代理人/保險經紀人、與本公司合作辦理銀行保險業務之銀行及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,台端就本公司保有 台端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:以書面或其他日後可供證明之方式(如:書面、電子郵件、傳真、或電子文件等)。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響:

台端若未能提供相關個人資料時,本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業,因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

本公司依法令或為強化個人資料管理及保護,將可能隨時修訂本告知書。若本告知書發生任何重大調整,本公司將於官網公告。若您需要查詢、補充、更正或刪除您的個人資料,除可聯絡您的服務人員、至本公司客戶服務中心或透過免費客戶服務專線(0800-011-709)辦理外,亦可利用本公司網站所提供之相關服務辦理。



瞭解要保人及被保險人之需求及其適合度分析評估暨業務員報告書

保單號碼		要保人		被保險人	
------	--	-----	--	------	--

- 一、招攬經過：是經由何種關係認識本契約要/被保險人？(若勾選為 D 或 E 時，請一併提供要/被保險人身分證影本)
 A.既有客戶 B.原已相識(本人或親友) C.轉介紹 D.陌生拜訪 E.要/被保險人主動投保，原因_____。
- 二、要保人與被保險人投保目的及需求(可複選)：保障 教育經費 退休規劃 房屋貸款
其他(請說明)_____。
- 三、家中主要經濟來源者：要保人 被保險人 其他(請說明)_____。
- 四、要保人與被保險人財務狀況(新臺幣萬元為單位，以阿拉伯數字填寫，如無該項收入請填寫 0)

		要保人		被保險人(與要保人同一人無須填寫)	
個人	工作年收入	新臺幣約	萬元	新臺幣約	萬元
	其他收入(如利息、房租等)	新臺幣約	萬元	新臺幣約	萬元
家庭年收入		新臺幣約	萬元	新臺幣約	萬元
資產	動產(如存款/股票/基金等)	新臺幣約	萬元	新臺幣約	萬元
	不動產	新臺幣約	萬元	新臺幣約	萬元

※若要保人/被保險人為已婚者，請於家庭年收入欄位填寫夫妻雙方年收入總和。請敘明配偶之工作內容_____。
 ※若要保人/被保險人為未成年人/學生時，請於家庭年收入欄位填寫其父母或法定代理人年收入總和。
 請敘明父母或法定代理人之工作內容_____。

- 五、本次投保的保險費來源：薪資收入/公司紅利 投資收入 儲蓄 退休金 財產繼承/贈與 保單借款
房屋貸款 保單之解約金(含部分解約) 其他，請說明：_____。
- 六、繳費人若非要保人或被保險人者，請另填寫【非要保人繳納保費及還款說明書】。
- 七、客戶(註)於本契約承保前三個月內是否有辦理貸款、保單借款或保單解約(含部分解約)-----是 否
 *註：客戶指要保人、被保險人、實際繳交保險費之利害關係人

八、符合高齡之要保人/被保險人/繳費人請依【高齡投保評估量表】結果填寫，確認具有辨識不利其投保權益情形之能力，且投保商品適合其需求。(請檢附高齡投保評估量表) *未滿 65 歲之客戶，此問項可免填	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
九、招攬時，是否於已親晤要/被保險人/法定代理人，並確認要保文件係由要/被保險人/法定代理人親簽無誤？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
十、招攬時，是否已確認要保人、被保險人及受益人之關係與身分？有關要保人與被保險人所提供之身分證明文件(身分證、護照、駕照，或其他足資證明其身份之文件等)是否與要保書填載之內容相符？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
十一、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篇相關規定？若否，請說明原因_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
十二、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？若是，請說明居住國家_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
十三、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)？若是，請說明其職務_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
十四、要保人購買保險商品時，是否對保障內容或給付項目完全不關心，亦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？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
十五、要保書或保險相關文件所載要保人或被保險人之住所或居所(聯絡)地址，是否為招攬業務員本人之住所或居所(聯絡)地址或所屬保險代理人、保險經紀人、銀行及其分支機構之營業處所？若是，請說明原因_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
十六、本契約之規劃，要保人與被保險人是否已確實瞭解投保目的、保險需求，綜合考量財務狀況以及付費能力，分析與評估保險費、保額及保障需求間之適當性(適合度)？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
十七、招攬時，是否已向要保人說明本次購買保險商品內容、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？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
十八、要保人及被保險人是否投保其他商業保險？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
十九、配合相關法令規範，請勾選適合電訪時段： <input type="checkbox"/> 09:00~12:00 <input type="checkbox"/> 13:30~17:00。 (本公司將以前述適合電訪時段優先進行電訪，惟因部分法令及審核時效要求，亦可能於其他時段進行電訪，敬請見諒!)	
二十、其他有利於核保之資訊：_____	

錄音編號	
招攬單位	
業務員簽名	/
日期	年 月 日

簽署人簽章	
已依保險經紀人管理規則第三十三條之一或保險代理人管理規則第三十三條之一規定，對客戶辦理電話、視訊或遠距訪問之事項？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

註：執業之保險經紀人或保險代理人，為業務招攬時，請於業務員簽名欄簽名。

