



安達人壽傳統型人身保險要保書_A 版

- ◎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。
- ◎被保險人身故時，本公司除依照契約條款約定給付保險金外，若契約條款中有約定退還其他未給付部分之解約金或未滿期保險費者，再依該約定辦理；惟其給付成本之計算已考慮死亡脫退因素者，不在此限，詳請參閱各保險商品保險單條款。
- ◎部分商品可能發生累積所繳保險費於部份年度超出該年度身故保險金給付之情形，詳請參閱各保險商品保險單條款。
- ◎部分商品無提供被保險人滿十五歲前身故之喪葬費用保險金，詳請參閱各保險商品保險單條款。
- ◎部分商品為非保證續保之健康保險，詳請參閱各保險商品保險單條款。

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	王小達	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	民國 75 年 7 月 1 日
	身分證字號 (統一證號)	F123456789	國籍	<input checked="" type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他		
	聯絡電話	公司電話: 02-6623-1688	住家電話: 02-2792-7257	行動電話: 0918-555-888		
	E-mail	abclifetw@gmail.com				
	被保險人住	1110 台北市信義區忠孝東路四段525號7樓				
※被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明?			<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(如勾選是者，請提供相關證明文件。)			
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) <input checked="" type="checkbox"/> 配偶 <input checked="" type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他					
姓名	王大安	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	民國 52 年 10 月 01 日	
身分證字號 (統一證號)	F198765432	國籍	<input checked="" type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他			
申請電子表單服務，則要保人Email為必填欄位，且信箱不可與他人相同。			住家電話: 02- 8161-1988	行動電話: 0919-333-999		
要保人	E-mail	abclifetw@yahoo.com.tw				
	電子表單服務 (含保單帳戶價值通知)	<input checked="" 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。(若未勾選選以書面通知) ※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 checked="" type="checkbox"/> 電子保單 <input type="checkbox"/> 紙本保單(條款 QR code)	1. 選擇「電子保單」、「紙本保單(條款 QR code)」者，行動電話為必填。 2. 要保人為未成年人者，不得選擇電子保單或紙本保單(條款 QR code)。 3. 若未指定則以「紙本保單」方式提供。			
	要保人住所 (聯絡地址)	1110 台北市信義區忠孝東路四段525號7樓				
	戶籍地址	<input checked="" 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)	退休	工作內容 (含兼職)	退休			

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、祝壽保險金受益人】如未指定，則以要保人為受益人。
- ◎【完全失能保險金受益人】為被保險人本人，本公司不受理其變更或指定。
- ◎若依契約條款規定無該項保險金時，雖於受益人欄填寫受益人姓名仍不生效力。

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	王大安	身分證字號	F198765432	出生日期	民國 52 年 10 月 01 日	1	
	聯絡電話	0919333999	與被保險人關係	父子	國籍	<input checked="" 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	法定繼承人	身分證字號		出生日期	民國 年 月 日	2	
	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		
	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：□□□						
祝壽保險金	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		
	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			
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：□□□							

1. 「順位」跟「比例」僅能擇一欄位填寫，選擇「順位」者，請務必指定。選擇「比例」者，加總需為 100%。

2. 「法定繼承人」僅能選擇「順位」繼承，受益人非直系血親或配偶，請於業報書中說明原因。

三、投保內容

每一份要保書只能選擇一個主約商品

<p>※僅限勾選一項主約商品</p>	
投保險種	A 安達人壽術術平安終身健康保險 WSD <input type="checkbox"/> 繳費 10 年期 <input type="checkbox"/> 繳費 20 年期 保額 _____ 元
	安達人壽新術術順心手術醫療終身健康保險 WSC 繳費 20 年期 保額 _____ 元
	A 安達人壽新終身醫靠終身醫療保險 WLK <input type="checkbox"/> 繳費 20 年期 <input type="checkbox"/> 繳費 30 年期 保額 _____ 元
	安達人壽銀領健康定期健康保險 THQ <input type="checkbox"/> 繳費 10 年期 <input type="checkbox"/> 繳費 20 年期 保額 _____ 元
	安達人壽樂活長青定期保險 TDL <input type="checkbox"/> 繳費 10 年期 <input type="checkbox"/> 繳費 20 年期 保額 _____ 萬元
B	安達人壽鍾愛意生終身傷害保險 WAC <input type="checkbox"/> 繳費 10 年期 <input type="checkbox"/> 繳費 20 年期 保額 _____ 元 <input type="checkbox"/> 繳費至 65 歲
C	安達人壽憶路相伴終身健康保險 WDA <input checked="" type="checkbox"/> 繳費 10 年期 <input type="checkbox"/> 繳費 20 年期 保額 100 萬元
繳別	<input checked="" 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	要保人是否同意第二期以後的分期保險費未在寬限期間屆滿前繳付時, 以保單價值準備金自動墊繳本契約及附加於本契約之其他附約其應繳的保險費及利息? (範圍、順序如下)..... <input checked="" type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 ※自動墊繳是以本契約及附加於本契約之其他附約當時的保單價值準備金 (如有保險單借款者, 以扣除其借款本息後的餘額) 同時自動墊繳本契約及附加於本契約之其他附約其應繳的保險費及利息, 使本契約及附加於本契約之其他附約繼續有效。墊繳保險費的利息, 自寬限期間終了之日起, 按墊繳當時本公司公告的保險費自動墊繳的利率計算 (不得超過本保單辦理保單借款的利率), 並應於墊繳日的翌日開始償付利息; 但要保人自應償付利息之日起, 未付利息已逾一年以上而經催告後仍未償付者, 本公司得將其利息滾入墊繳保險費後再行計息。
繳費方式	首期: <input checked="" type="checkbox"/> 金融機構轉帳 <input type="checkbox"/> 信用卡 (需符合本公司信用卡扣款規範) <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: 1 1 5 1 1 0 6 0 0 1】需附「金融機構代繳保險費授權書」。 eDDA 電子化授權【授權編號: C B 2 6 1 1 0 0 0 1】 續期: <input checked="" type="checkbox"/> 金融機構轉帳 <input type="checkbox"/> 信用卡 (需符合本公司信用卡扣款規範) <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: 1 1 5 1 1 0 6 0 0 1】 eDDA 電子化授權【授權編號: C B 2 6 1 1 0 0 0 1】 *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

1. 使用金融機構代繳保險費授權書者, 請將授權書編號填入要保書「繳費方式」欄位。
 2. 選擇立碼驗方式授權繳費者, 請至官網申請後, 將手機收到的授權編號, 填入要保書「繳費方式」欄位。

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)	職業等級
175 公分	65 公斤	CHUUB軟體設計股份有限公司	程式設計工程師	1
1、過去兩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) (LY21) <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否				
2、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? (LM21) <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否				
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? (LY51) (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、心內膜炎、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、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。(4) 肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常 (GPT、GOT 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。(11) 愛滋病或愛滋病帶原。 <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否				
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? (LY11) (1) 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。(2) 食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、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、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。(5) 痛風、高血脂症。(6) 青光眼、白內障。(7) 乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血 (女性被保險人回答)。 <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否				
5、過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上? (LY52) <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否				
6、目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害? (LD11) <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否				
7、女性被保險人回答: 是否已確知懷孕? 如是, 已經 _____ 週。 (LWPI) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				

投保傷害險者, 請填寫下列問題:

8、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 (1) 高血壓症 (指收縮壓 140mmHg 舒張壓 90mmHg 以上)、狹心症、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)、肝硬化、尿毒、血友病。(4) 糖尿病。(5) 酒精或藥物濫用成癮 <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<p>● 健康險商品請告知 Q1~Q7</p> <p>被保險人身高、體重及健康問項請確實告知, 上述若告知為「是」, 請詳填下列資料。</p>
9、目前身體機能是否有下列障害? (PD11) (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。且目前矯正視力在萬國視力表 O·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。 <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

- 1、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。
- 2、本人（被保險人、要保人）同意安達人壽將本要保書上所载本人資料轉送產、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。
- 3、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。

請記得打勾

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。

已 審 閱

請留意，要/被保人、法定代理人簽名欄位皆不可塗改。若塗改，須重換整份要保書。

若要/被保人為未成年人，則法定代理人需簽名及填寫相關資料。

(與要保人/被保險人關係：
身分證字號(統一證號)：
國籍： 電話：
出生年月日：
法定代理人/監護人/輔助人簽名：

要保人簽名：**王大安**

被保險人簽名：**王小達**

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：
身分證字號：
關係：

要保人/被保險人任一人不識字。見證人需簽名(不可為招攬業務員/要保人/被保險人/※受益人)※此欄位業務員勿簽名，若誤簽名將照會重新填寫。

申請日期：民國 **115** 年 **07** 月 **01** 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

招攬人員聲明：(1)本人確認要保人、被保險人之身分、職業及工作內容與要保書填載內容核對無誤。
(2)本要保書各欄及詢問事項，確經本人當面向要保人、被保險人說明，並由要保人、被保險人親自簽名無誤。

※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	保險招攬人員/經紀人/代理人簽名	受理編號	保經、代公司簽章
CHUBB001	李大富 /	1100101AA001	安達國際保險經紀人(股)有限公司
保經/代分支名稱	保險招攬人員登錄字號/執業證號	聯絡手機或電話分機	
總公司	0116123123 /	/	

通路代碼：**CHUBB**

保經代分支代號及分支名稱，請勿漏填，以利判別送件單位。

新件送出時，請留意是否已蓋章。

安達人壽附約要保書(含主被保險人/配偶/子女)

稱謂	主被保險人	配 偶	子 女(1)	子 女(2)
姓 名 / 性 別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出 生 日 期		年 月 日	年 月 日	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 _____	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他 _____
行 動 電 話				
※被保險人是否領有身心障礙手冊		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
※被保險人目前是否受有監護宣告? (如勾選是者,請提供相關證明文件)		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是

※ 請依主約商品附加附約

※以下四項附約僅限 A 款、C 款 主約商品可附加

安達人壽最佳醫靠一年期住院醫療日額健康保險附約	NHIRA	保額： 單位	保額： 單位	保額： 單位	保額： 單位	
☆安達人壽陽光天使重大燒燙傷傷害保險附約(115)	MBRA	保額： 萬元	<p>若要投保附加，請填寫附約加保內容，保額及其他限制請詳附約核保規則。</p>			
安達人壽愛醫靠一年期定期防癌健康保險附約	OCE	保額： 20 萬元				
需附加愛醫靠癌症附約 OCE，才可附加癌症達文西附加條款 OCF						
安達人壽癌症達文西手術醫療附加條款	OCF	是否附加 <input checked="" type="checkbox"/> 是 保額： 15 萬元	<p>未勾選，視同不附加。</p>			

※以下三項附約僅限 B 款、C 款主約商品可附加

☆安達人壽保平安一年期多倍型意外傷害保險附約(115)	ADDRC	保額： 萬元	保額： 萬元	保額： 萬元	保額： 萬元	
☆安達人壽全心照護一年期意外傷害失能保險附約(115)	ADRA	保額： 萬元				
☆安達人壽安家 360 一年期一至六級意外傷害失能扶助保險金保險附約(115)	ADIRA	保額： 萬元				

身故保險金或喪葬費用保險金受益人	姓名 / 身分證字號：	姓名 / 身分證字號：	姓名 / 身分證字號：	姓名 / 身分證字號：
關係：				
國籍：				
出生年月日：				

※傷害保險附約之【身故保險金或喪葬費用保險金受益人】指定有兩人以上者，請務必指定分配方式。前述受益人如未指定者，依保單條款之相關約定辦理。

※健康保險契約「疾病等待期間」之相關約定，請參閱各該健康保險契約條款。

※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，本公司將依各該契約條款之約定退還未到期保險費或保險成本予要保人。

※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六十四條規定解除本附約，其危險發生後亦同。

※投保健康險者，依保險法第一百二十七條規定：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，不負給付保險金額之責任。

◎告知事項

健康保險問項	1、過去兩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) (LY21)
	2、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？ (LM21)
	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？ (LV51) (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、心內膜炎、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、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。(4)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)。(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。(11)愛滋病或愛滋病帶原。
	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？ (LY11) (1)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。(2)食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、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、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。(5)痛風、高血脂症。(6)青光眼、白內障。(7)乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血(女性被保險人回答)。
	5、過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？ (LY52)
	6、目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？ (LD11)
	7、女性被保險人回答：是否已確知懷孕？如是，已經_____週？ (LWP1)
☆傷害保險問項	8、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？(PY21) (1)高血壓症(指收縮壓 140mmHg 舒張壓 90mmHg 以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。(2)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、巴金森氏症。(3)癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病。(4)糖尿病。(5)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。(6)視網膜出血或剝離、視神經病變。
	9、目前身體機能是否有下列障害？(PD11) (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。

※附加附約時，應詳細填寫及回答下列問題：

項目 身分別	身高 (LBH1)	體重 (LBW1)	工作內容(職業及兼業)	職業等級	是否有上述健康保險問項 第 1 至 7 項之情形？	☆是否有上述傷害保險問 項第 8 至 9 項之情形？
主被保險人						<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
配偶					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
子女(1)					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
子女(2)					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<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	

要保人簽名 王大安	主被保險人簽名 王小達	被保險人_配偶簽名
被保險人_子女(1)簽名	被保險人_子女(2)簽名	(與要保人/被保險人關係： 身分證字號(統一證號)： 國籍： 電話： 出生年月日： 法定代理人/監護人/輔助人簽名：

請留意，要/被保人、法定代理人簽名欄位皆不可塗改。若塗改，須重換整份要保書。

若要/被保人為未成年人，則法定代理人需簽名及填寫相關資料。

申請日期：115 年 07 月 01 日

※簽名欄請親自簽名，簽名欄若有塗改請重填要保書。

※未滿七足歲者，請由法定代理人代為簽名；未成年人、受有監護宣告或輔助宣告尚未撤銷者，法定代理人/監護人/輔助人亦須簽名。