CHUBB 安達人壽

契約內容變更申請書

地 址：10042 台北市中正區中華路一段 39 號 6 樓
電 話：02-6623-1688　　傳 真：02-2579-7681

保單號碼	000012345678318	要保人	王財財	被保險人	王財財

本申請書經貴公司同意簽章後構成原契約之一部分，其契約內容如下：

1

住所(聯絡地址) □□□ _____

要保人戶籍地址 □□□ _____ □同聯絡地址(原康健人壽及電話行銷保單不適用)

住家電話_____ 公司電話_____ 行動電話_____

E-mail_____ □申請電子表單服務【詳注意事項 14.】 □紙本寄送

□本人(即要保人)同意在本分公司投保之所有保單，上述資料一併同時更新。

2 繳費方式變更

□郵局劃撥/超商代收/ATM 轉帳(自繳件)　(選擇信用卡付款或金融機構轉帳者，請改填『保險費繳費授權書』)

3 繳別變更

□年繳 □半年繳 □季繳 □月繳

4 墊繳選擇權變更

保險費自動墊繳 □同意 □不同意 (自動墊繳範圍包含本契約主約及附約，限傳統型保單申請。)

5 要保人變更【詳注意事項 5.】

新要保人姓名	身分證號碼	出生日期	性別	與被保險人關係

國籍□本國 □_____　服務單位_____ 營業性質_____ 工作內容(含兼職)_____

※變更後本人(即新要保人)願負本保單所有權利與義務，若有爭議，本人願負一切法律責任，與貴公司無涉。
1.變更要保人請填寫第 1 大項，若未同時填寫新要保人住所/聯絡、戶籍地址，視為同原要保人住所/聯絡、戶籍地址。
2.若有附加二至六級失能豁免保險費健康保險附約/豁免保險費附加條款，變更新要保人後該險依條款規定效力終止。
3.申請要保人變更時，原有申請電子表單服務將自動終止，須請新要保人填寫第 1 項重新申請並提供電子郵件信箱。

6 基本資料變更【僅需填寫欲變更項目及內容】

變更項目	姓名	身分證號碼	出生年月日	性別	國籍
□要保人□被保險人					□本國□_____

7 受益人變更
□身故受益人
□生存/還本受益人
□祝壽/滿期金受益人
【詳注意事項 6.】

姓名	身分證字號	與被保險人關係	出生年月日	國籍	分配方式
				□本國□_____	□順位__□比例__%
				□本國□_____	□順位__□比例__%
				□本國□_____	□順位__□比例__%
				□本國□_____	□順位__□比例__%

受益人聯絡地址：_____ 電話：_____

【身故受益人或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，做為日後之通知依據。※受益人如按比例分配或順位分配時，請註明各受益人所分配之比例或順位；指定之保險金受益人有兩人以上者，請務必指定分配方式，若分配方式未勾選，則視為指定「均分」。

※身故受益人指定非被保險人之配偶、父母、子女，或指定為法定繼承人時，且其順位及應得比例不適用民法繼承編相關規定者，須請說明原因：_____

8 主契約基本保額異動

□主契約基本保額降低為　　萬元 □主契約基本保額提高為　　萬元

9 附約加保【含本人及眷屬】【詳注意事項 8.9】

附約異動項目	被保險人姓名	關係	附約險種名稱	變更後保額	附約險種名稱	變更後保額
☑加保	王財財	本人	陽光天使重大燒燙傷傷害保險附約	10萬		

眷屬被保險人附加意外傷害保險附約請於其他欄指定身故受益人，未指定者，其保險金受益人作為眷屬被保險人之法定繼承人。申請加保附約之被保險人目前是否受有監護宣告？□否 □是，請提供相關證明文件。

附約加保須需檢附「健康聲明書」，其他注意事項，請參照 P.4【注意事項8,9】

10 ※取消附約客戶權益之重要事項告知

附約異動項目	被保險人姓名	附約險種名稱	變更後保額	附約險種名稱	變更後保額
終止					
終止					

權益，提醒您務必於申請附約取消/降低前確認已詳閱並充分了解下列重要事項：
附約者，自本公司收到要保人書面通知時，開始生效。本公司所負之保險責任即行終止，日後若發生任何事故，本公司恕不負任何保險責任。
2、申請附約取消/降低時，可能無法全額領回已繳保險費。
3、若因故不便繳納保險費，可依個人規劃考慮辦理自動墊繳保險費或保單借款。
4、申請附約取消/降低後再投保新保單時，須承擔下列風險：
(1)重新履行告知義務：須對投保新契約當時的體況進行健康告知，附約取消/降低後至再投保新保單前之期間，倘被保險人罹患疾病而未履行健康告知，將可能因違反告知義務致保險公司依保險法第 64 條解除契約。
(2)違反告知義務解除保險契約的除斥期間及健康險的等待期，都要從投保新契約之日起重新計算，再投保健康險之等待期重新計算期間，倘被保險人罹患疾病，恐將無法獲得理賠。
(3)再投保健康險前倘被保險人已罹患疾病，保險公司可能依保險法第 127 條主張不負給付相關保險金之責任。
(4)因重新投保時的年齡可能大於投保原契約時的年齡，保險費率可能也會相對提高，且可能因已超過新契約規定之投保年齡或身體健康因素而無法投保；或可能因為新舊契約保障範圍差異致無法獲得理賠等因素而影響您的保障權益。

11	簽章方式變更	□要保人 □被保險人(本人同意以本人之生命或身體為保險標的向 貴公司投保本契約並確認要保書告知事項均為屬實)
12	職業內容變更	服務單位_____營業性質_____工作內容(含兼職)_____
13	保單補發	□紙本補發(適用所有保單) (請檢附工本費新台幣 100 元整) □簡化保單補發(適用投保日期自 109 年 7 月 1 日起的保單於要保書勾選同意以電子方式提供保單條款) (請檢附工本費新台幣 50 元整) ※原保單因遺失或毀損特申請補發，倘日後發現原保險單，應予作廢，併此聲明。
14 15	□減額繳清保險 □展期定期保險	附約處理方式 □所有附約效力即行終止 □依條款保留可繼續繳費之附約如下，其餘附約一併終止， 保留之附約名稱：_____
16	復效 【詳注意事項 12】	□申請主約、附約、附加條款復效 □申請附約復效 名稱：_____ 茲聲明本保險單在停效期間確未發生任何事故，並同意依保險單條款有關契約效力的恢復申請復效。 ※申請附約復效時，僅針對投資型保單為保費緩繳期間，主契約仍有效時方可申請。
17	□補充健康告知	應檢具健康聲明書、體檢報告、病歷摘要、診斷證明書...等相關文件申辦。 ※被保險人目前是否受有監護宣告? □否 □是，如勾選是者，請提供相關證明文件。
18	投資標的收益分配或提減(撥回)投資資產之指定方式變更	□變更投資標的收益分配或提減(撥回)投資資產指定帳戶(限要保人帳戶) 銀行：_____分行：_____帳號：_____ □投資標的收益分配或提減(撥回)投資資產指定方式變更為與標的同幣別之貨幣帳戶。
19	年金給付開始日	年金給付開始日變更為第_____保單週年日。
20	年金給付方式	年金給付方式變更為□年 □半年 □季 □月 給付。
附保證保險商品 依保單條款未有保證項目可變更時，雖勾選或填寫仍不生效力。		
21	保證提領期間開始日	保證提領期間開始日變更為第_____保單週年日。(保證提領期間開始日≦第 20 保單週年日)
22	保證提領金額給付	保證提領金額分期給付方式變更為□年 □半年 □季 □月 給付。
23	變更紅利選擇權	□儲存生息 □抵繳保費(躉繳保單不適用) □購買增額繳清保險(限鼎富傳家美元分紅終身保險) □現金給付(限要保人帳號) 銀行：_____分行：_____帳號：_____
24	保險金額增加選擇權	□屆滿五年 □被保人結婚 □被保人婚生子女出生 (限鼎富傳家美元分紅終身保險)
25	保單紅利提領	提領_____元(最低為美元 100 元)，銀行：_____分行：_____帳號：_____
利率變動型商品 依保單條款未有可變更之方式時，雖勾選或填寫仍不生效力，指定方式變更之生效日，依條款約定。		
26	增值回饋分享金給付方式	□儲存生息 □購買增額繳清保險 □現金給付(限要保人帳號) 銀行：_____分行：_____帳號：_____
27	增值回饋分享金提領	提領_____元(最低為美元 100 元)，銀行：_____分行：_____帳號：_____
其他及補充說明：		

1.本人（要保人／被保險人）已詳閱本申請書內容及【注意事項】，並已獲得必要之資訊，充分瞭解異動申請對於本人各項權益與保障之影響。一切申請悉依 貴公司作業規定辦理，並聲明本申請書上之簽名確係本人親簽無誤，若發生任何糾紛，本人願負法律上一切責任，與 貴公司無涉。
2.本人（被保險人、要保人）已知悉安達國際人壽保險股份有限公司（以下簡稱安達人壽）、合作推廣招攬本保險契約之保險代理人／保險經紀人(下稱「合作保代／保經」)及辦理本保險契約再保業務之再保險公司（下稱再保險公司）告知蒐集、處理及利用本人個人資料之書面或已藉由電話或其他方式受重要事項之告知（電話行銷招攬者係經安達人壽、合作保經/保代及再保險公司以電話或其他法令規定之方式為前開事項之告知）。
3.本人（被保險人）同意安達人壽、合作保代／保經及再保險公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷等個人資料。
4.本人（被保險人、要保人）同意安達人壽將本申請書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理本人投保、理賠或契約服務申請時之審核參考，但各該公司仍應依其本身之審核標準決定是否承保、理賠或同意辦理，不得僅以前開資料作為審核之依據。
5.本人（被保險人、要保人）同意安達人壽、合作保代／保經及再保險公司得依「個人資料保護法」之相關規定，對本人之個人資料，有為蒐集、處理及利用之權利。
6.本人（被保險人、要保人）同意於有金融消費爭議案件發生時，安達人壽及合作保代／保經得將[illegible]法人金融消費評議中心或其他受理消費爭議機構，由該機構於處理金融消費爭議案件之必要範圍內處理及利[illegible]
7.「因辦理要保人變更即屬財產權益的無償移轉，按照遺產及贈與稅法規定，將涉及遺產稅或贈與[illegible]各地國稅局確認稅務申報細節並依法辦理」。

若為要保人自行送件則不需填寫

要保人簽名： 王財財 **身分證字號：** A111222777

※變更要保人時，新舊要保人需同時簽署，要/被保險人變更姓名或變更簽名樣式，須同時簽署變更前後之簽章。

被保險人簽名： 王財財 **身分證字號：** A111222777

法定代理人/監護人/輔助人簽名： _____

※七足歲(含)以上未成年者，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。

法定代理人身分證字號/國籍/生日： _____

聯絡電話： 0911222333 **申請日期：** 113 年 01 月 10 日

業務員簽名： _____

登錄證字號： _____

單位名稱： _____

聯絡電話： _____

簽署人章： _____

安達人壽個人資料蒐集、處理、利用告知事項

821

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。

注意事項：

1. 為維護您的權益，請勿於空白的保險契約內容變更申請書上簽名。
2. 本申請書填寫時如有塗改，請要保人於塗改處簽名，如未簽名者，請重新填寫申請書辦理。
3. 各項申請或變更如須加收保費或其他費用者，未經本公司通知收費前，請勿繳納任何費用。
4. 申請變更姓名、出生日期、身分證字號或國籍，需檢附身分證明文件，若變更後符合 FATCA 身分或 CRS 身分者請填寫『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』並檢附相關資料。
5. 申請變更要保人時，除須取得被保險人同意並簽章外，新/舊要保人需同時於變更申請書上簽名；原要保人登記之收費地址、戶籍地址及電話等資料，除經新要保人申請變更外，新要保人之相關資料與原登記內容相同；保險商品如有滿期/還本/祝壽金給付，並指定滿期/還本/祝壽金受益人為「要保人」者，於變更要保人時，其滿期/還本/祝壽金受益人視為同時變更為新要保人。相關檢附文件如下：
   (1) 續期保費繳費為信用卡付費或金融機構轉帳件者，請重新填寫『金融機構代繳保險費授權書』。
   (2) 投資型保單變更要保人請重新填寫『客戶適合性分析』。【註】：因應投資型保險商品銷售自律規範，自 112/4/21(含)起，一律需重新進行風險屬性評估(可至官網/保戶服務/風險屬性評估問卷)，完成評估後未滿一年者不得重新填寫。
   (3) 投資型保單變更要保人請依保單幣別重新填寫『以外幣收付之投資型保險匯率風險說明書』
   (4) 新台幣投資型保單請重新填寫『要保人委託壽險業者辦理結匯授權書』。
   (5) 請檢附『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』，並檢附新要保人身分證正反面影本。
   (6) 投資型保單請重新約定投資標的收益分配或提減(撥回)投資資產指定帳戶為新要保人之帳戶。
   (7) 要保人如 CRS 身分有改變，除填寫「契約內容變更申請書」外，需填寫金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)自我證明表。
   (8) 新要保人需填寫『風險預告書』。
6. 申請變更受益人時，應取得被保險人同意並簽章，其他說明如下：
   (1) 請填寫受益人與被保險人關係、身分證字號與出生日期、聯絡地址及電話，若未填寫聯絡地址及電話時，則本公司以要保人最後所留之聯絡方式，做為日後之通知依據；填寫時若欄位不足，請於「其他及補充說明」欄註明。
   (2) 變更後原受益人皆取消，並依上述內容重新指定受益人。
   (3) 受益人如按比例分配或順位分配時，請註明各受益人所分配之比例或順位；指定之保險金受益人有兩人以上者，請務必指定分配方式，若分配方式未勾選，則視為指定「均分」方式。
   (4) 倘受益人非中華民國國籍人士者，需檢附護照或居留證等文件影本辦理。
   (5) 受益人指定為法人時，請檢附「法人之具控制權的實際受益人確認書」、法人登記註冊證明/營業執照/商業登記證影本、公司章程、法人註冊地之當地註冊代理人六個月內簽發之董事職權證明書(含載明該法人仍存續證明)、董事及股東名冊等相關文件辦理；若法人的股東中有持有該法人股份或資本超過 25%者，該股東需填寫『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』，並檢附身分證正反面影本。
7. 申請變更簽章方式，請於簽名欄位簽新/舊簽章方式。
8. 申請加保附約、加費取消或變更、補充健康告知或提高基本保額，請填寫「健康聲明書」，並按醫務規則體檢，體檢費用須自行負擔。
9. 申請附加眷屬附約，其附加眷屬滿七歲以上者，均應於契約內容變更申請書及健康聲明書之眷屬被保險人簽章欄位簽名。
10. 辦理減額繳清保險或展期定期保險時，需指定附約處理方式。辦理展期定期保險若有繳清生存保險金，則視要保人為繳清生存保險金受益人。部分商品辦理減額繳清保險後之生存/滿期/解約金/身故或完全失能保險金，都將依照「減額繳清保險」後之保額計算，可能有小於「累積已繳總保險費」的情形，辦理時請審慎評估。
11. 要保人如 FATCA 身分或 CRS 身分有改變情形或變更聯絡方式為外國(含美國)住所/電話等，除填寫「契約內容變更申請書」外，需填寫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)身分聲明書及提供相關文件，並連同身分證正反面影本送達本公司辦理。要保人為個人者請填寫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)；要保人為公司/法人者請填寫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(法人件)。
12. 申請復效時，若自保單停止效力之日起六個月以上申請者，另須填寫「健康-聲明書」，並按醫務規則體檢，體檢費用須自行負擔，復效申請文件須以限時掛號郵寄本公司。保險年齡 15 足歲以下之被保險人辦理復效時，除填寫「契約內容變更申請書」、「健康-聲明書」外，需填寫『投保聲明書(未滿 15 足歲投保及復效適用)』。
13. 申請補充健康告知時，應檢具健康聲明書、體檢報告、病歷摘要、診斷證明書…等相關文件申辦。
14. 申請電子表單服務約定以 E-mail 或簡訊方式提供相關電子單據或電子通知服務，請參閱下列本公司官網→保戶服務→契約變更事項說明→適用電子服務表單(網址：https://life.chubb.com/tw-zh/)，如日後本公司新增之電子表單項目亦同，除要保人申請終止本電子表單服務外，視為要保人已書面同意，不另行通知。申請電子表單服務者，上述表單將改以電子郵件方式寄送，不再送交紙本，並於本公司寄送時視為已送達。日後若依法令或主管機關規定上述表單須採書面通知方式，或因電子信箱錯誤導致無法發送時，則將改以書面寄送。提醒您，部份免費電子信箱可能有阻檔或延遲送達之情形，電子郵件信箱請指定您本人之個人使用信箱。申請要保人變更時，原有申請電子表單服務將自動終止，須請新要保人重新申請並提供電子郵件信箱。
15. 週年紅利提領之相關規定詳各商品條款之約定，變更紅利選擇給付方式須於保單週年日三十天前申請。
16. 增值回饋分享金之相關約定方式與變更完成之生效日，請詳商品條款之約定。
17. 要保人姓名、居住地址、聯絡地址、註冊地址(法人)、電話、國籍與職業等基本資料如有異動與改變之情形者，應填寫契約內容變更申請書變更並檢附相關文件辦理。
18. 申請人倘因視障、不識字或其他因素致無法簽名，可以按捺手指印代替簽名（須註明左手或右手第幾手指），惟須經兩名具行為能力之見證人簽名，並於簽名處註明『見證人』字樣同時加註身分證字號及關係別。【註】二位見證人最多可指定一人為保單關係人（即要保人、被保險人或受益人），另一人須為親戚、朋友或社福機構人員之非保單關係人，亦可二位見證人皆非保單關係人且至少有一人須為親戚、朋友或社福機構人員，惟二位見證人皆不可為本件招攬或送件業務員或經辦人員。
19. 本公司於必要時得修改以上之規定。

安達國際人壽保險股份有限公司
地址：10042 台北市中正區中華路一段 39 號 6 樓　電話：02-6623-1688　客戶服務專線：0800-011-709

CHUBB 安達人壽

健康聲明書

805

☐承保前附加附約 ☑承保後加保附約 ☐復效 ☐主約提高基本保額 ☐補充告知
☐取消加費或除外責任 ☐其他

（要）保單號碼	被保險人姓名	性別	出生日期	身分證字號	與被保險人關係
000012345678318	王財財	男	80.1.1	A111222777	☑本人 ☐配偶 ☐父母 ☐子女

◎被保險人告知事項

服務單位/工作內容	是否兼職（請說明）	身高（公分）	體重（公斤）
第一銀行 / 行政經理、行政規劃	☑無 ☐有＿＿＿＿＿＿	180	80

■ 壽險及健康險告知	是	否
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? (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（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)	☐	☐

男性無須填寫

■ 傷害保險告知	是	否
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、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？ (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。	☐	☑

■ 重大傷病告知	是	否
10、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代替回答) (LY22) (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。	☐	☑

■ 牙齒險告知	是	否
11、是否曾因牙周病而導致牙齒脫落(缺失)？	☐	☐
12、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？	☐	☐
13、是否有任何活動假牙？	☐	☐
14、每星期是否有咀嚼一次或一次以上的檳榔？	☐	☐

■ 上述若告知為『是』，請詳填下列資料：(LSD1)

1.被保險人姓名	2.診斷病名(外傷者含受傷部位)	3.就診醫院	4.就診大約起訖時間： 自＿＿年＿＿月至＿＿年＿＿月
5.治療方式（手術名稱／門診／住院／服藥）	6.現在狀況： ☐無須追蹤治療☐繼續追蹤治療：最近一次就診年月 ＿＿年＿＿月		