

- ◎ 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。
- ◎ 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。
- ◎ 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。
- ◎ 查閱本公司「資訊公開」說明文件請連結網址 <http://www.chinalife.com.tw> 或洽詢客戶服務專線：0800-098889。

■要保人與被保險人應誠實告知，如因未誠實告知而影響保險公司對危險之評估，則保險公司得依保險法第六十四條解除契約，保險事故發生後亦同。相關規定，請詳閱「投保人須知」第二項，為了您的權益，請詳閱本健康聲明書內容並親自填寫。

■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。

| 要保人： 保單號碼：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 員工(成員)<br>姓 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 眷 屬 ( 關 係 / 姓 名 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被 保 險 人 告 知 事 項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 被保險人之職業或兼業。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 被保險人目前之身高及體重。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 公分<br>公斤                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 公分<br>公斤                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 公分<br>公斤                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 公分<br>公斤                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 1. 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？<br>(亦可提供檢查報告代替回答)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input 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？                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input 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？<br>1. 高血壓症（指收縮壓大於 140mm-Hg 或舒張壓大於 90mm-Hg 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。<br>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。<br>3. 肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。<br>4. 肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常（GOT、GPT 檢驗值異於檢驗標準的正常值）。<br>5. 腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。<br>6. 視網膜剝離或出血、視神經病變。<br>7. 癌症（惡性腫瘤）。<br>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。<br>9. 糖尿病、類風溼性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺機能亢進或低下。<br>10. 紅斑性狼瘡、膠原症。<br>11. 愛滋病或愛滋病帶原。 |  | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input 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？<br>1. 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。<br>2. 食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。<br>3. 肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。<br>4. 慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。<br>5. 痛風、高血脂症。<br>6. 青光眼、白內障。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 5. 目前身體機能狀況是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 6. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？<br>(投保傷害保險者，另須填寫)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 7-1. 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？<br>1. 高血壓症（指收縮壓大於 140mm-Hg 或舒張壓大於 90mm-Hg 以上）、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。<br>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。<br>3. 癌症（惡性腫瘤）、肝硬化、尿毒、血友病。<br>4. 糖尿病。<br>5. 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。<br>6. 視網膜出血或剝離、視神經病變。                                                                                                                                                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 7-2. 目前身體機能是否有下列障害？（請勾選）<br>1. 失明。<br>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。<br>3. 聾。<br>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。<br>5. 啞。<br>6. 咀嚼、吞嚥或言語機能障害。<br>7. 四肢（含手指、足趾）缺損或畸形。                                                                                                                                                                                                                                                           |  | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |

| 被 保 險 人 告 知 事 項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |           |                             |                                                       |                                                                                                                             |                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------|-----------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| (投保 <b>重大疾病壽險、健康保險或癌症保險</b> 者，另須填寫)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |           |                             | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 8. 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. 胸廓畸形及脊柱彎曲移位。<br>2. 弱視、中耳炎、前庭神經炎、重聽。<br>3. 頭部外傷、骨折、脫臼、椎間盤症（分離、疝氣或脫出）、關節炎。<br>4. 甲狀腺腫、鼻竇炎、鼻中隔彎曲、不整脈、蠱豆症、慢性胃炎。<br>5. 膽石症、膽囊炎、痔瘡、陰囊水腫、梅毒、淋病、疝氣、腎上腺機能亢進或低下。<br>6. 骨盆腔膜炎、前列腺肥大、腎結石、膀胱結石、尿道炎、尿管結石。<br>7. 周邊神經炎、顱神經炎、脊髓神經壓迫症、睡眠呼吸中止症、川崎症、良性腫瘤、精神疾病。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |           |                             |                                                       |                                                                                                                             |                                                       |
| (投保 <b>癌症保險</b> 者，另須填寫)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |           |                             | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 9. 過去一年內，是否曾接受下列檢查或曾患下列疾病或異常症狀？                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |           |                             |                                                       |                                                                                                                             |                                                       |
| 1. 是否曾患B型或C型肝炎接受檢查或治療？<br>2. 目前是否有腹、肝腫大、黃疸現象？<br>3. 有否子宮頸抹片檢查異常記錄或婦科異常出血現象？<br>4. 胸部（乳房）是否有腫塊或異常硬塊存在？<br>5. 口腔內或皮膚上是否有慢性潰爛不癒（超過兩週以上）？口腔內是否有異常腫塊或白斑存在？<br>6. 是否吞嚥困難、大便出血現象？<br>7. 頸部有否異常腫塊或不尋常腫大現象？                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |           |                             |                                                       |                                                                                                                             |                                                       |
| 10. 婦女欄（ <b>女性被保險人</b> 填寫）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |           |                             | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 1. 目前是否懷孕？如是，已經幾週？_____週。<br>2. 過去一年內是否曾患有乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血而接受醫師治療、診療或用藥？                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |           |                             |                                                       |                                                                                                                             |                                                       |
| 告知事項說明欄：若答案為「是」，請詳填下表                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |           |                             |                                                       |                                                                                                                             |                                                       |
| 被保險人姓名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 題號 | 疾病名稱/健檢原因 | 大約初診及最後診治日期                 | 就診醫院                                                  | 治療方式（可複選）                                                                                                                   | 目前狀況                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |           |                             |                                                       | <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院，約____天 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 其他_____ |                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |           |                             |                                                       | <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院，約____天 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 其他_____ |                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |           |                             |                                                       | <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院，約____天 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 其他_____ |                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |           |                             |                                                       | <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院，約____天 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 其他_____ |                                                       |
| ◎ 被保險人是否已投保其他商業實支實付型醫療保險？（請勾選）..... <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；如是，請詳述於下：<br>被保險人姓名：_____ 投保險種：_____ 投保金額：_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |           |                             |                                                       |                                                                                                                             |                                                       |
| ◎ 被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明（請勾選）？..... <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（姓名：_____）；如是，請提供。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |           |                             |                                                       |                                                                                                                             |                                                       |
| ◎ 被保險人目前是否受有監護宣告（請勾選）？..... <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（姓名：_____）；如是，請提供相關證明文件。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |           |                             |                                                       |                                                                                                                             |                                                       |
| <b>聲明事項：</b><br>1. 本人（被保險人）同意 貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。<br>2. 本人（被保險人、要保人）同意中國人壽保險(股)公司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。<br>3. 本人（被保險人、要保人）同意中國人壽保險(股)公司就本人之個人資料，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。<br>4. 本人（被保險人、要保人）已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保 貴公司二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知 貴公司有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而 貴公司仍承保者， 貴公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知 貴公司者，同意 貴公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任。（實支實付型傷害醫療保險適用）<br>5. 本人（被保險人、要保人）已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保 貴公司二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知 貴公司有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而 貴公司仍承保者， 貴公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知 貴公司者，同意 貴公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任，但 貴公司應以「日額」方式給付。（實支實付型醫療保險適用） |    |           |                             |                                                       |                                                                                                                             |                                                       |
| 被保險員工(成員)同意及簽名：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |           | 眷屬<br>及<br>簽<br>署<br>同<br>意 | 被保險人簽名（關係_____）：                                      | 被保險人簽名（關係_____）：                                                                                                            |                                                       |
| _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |           |                             | 被保險人簽名（關係_____）：                                      | 被保險人簽名（關係_____）：                                                                                                            |                                                       |
| 申請日期：民國_____年_____月_____日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |           |                             |                                                       |                                                                                                                             |                                                       |
| ◎未滿七足歲者或受監護宣告者，由法定代理人或監護人代為簽名；七足歲(含)以上/受輔助宣告者，請由本人親自簽名。不識字者得以捺指手印代替簽名，但須有二位以上已成年的見證人在旁簽名，惟見證人不得為業務員，同時須註明見證人身分證字號及其與不識字者之關係。◎被保險人未成年、受監護宣告或受輔助宣告者，需法定代理人/監護人/輔助人簽名及填寫關係。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |           |                             | 法定代理人/<br>監護人/輔助人簽名：_____<br>與被保險人關係：_____            |                                                                                                                             |                                                       |

|                                  |             |          |    |
|----------------------------------|-------------|----------|----|
| 要保單位簽章：                          | 業務單位：_____  | 保險公司審核欄： | 受理 |
|                                  | 業務員親簽：_____ |          |    |
| 受理<br>_____日期：_____年_____月_____日 | 登錄字號：_____  |          |    |