

## 復效申請書

| 保單號碼  | 被保險人                     | 職業                       |   |                      |                          |                          |                            |                          |                          |                            |                          |                          |                                 |                          |                          |                                 |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                       |                          |                          |                     |                          |                          |    |    |       |    |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--------------------------|--------------------------|---|----------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|-------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|----|----|-------|----|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>1. 自保單生效日後，被保險人是否有發生下列事項：</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 40%;"></td> <td style="text-align: center;">是</td> <td style="text-align: center;">否</td> </tr> <tr> <td>a. 是否曾罹患任何精神、身體相關疾病？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. 進行過檢查、諮詢，罹患過任何疾病、傷害或手術？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. 曾去任何醫院、診所、療養院或醫療機構就診？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. 被建議進行檢查、住院或手術，且檢查、住院或手術尚未完成？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. 因體檢未通過而免服兵役或被提前除役？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. 是否從事或計劃從事賽車、飛行活動、爬山、滑翔、跳傘、或其他冒險運動？（如是，請填寫興趣嗜好問答表）</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g. 曾被調查、被捕或被判有罪？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>h. 駕照被吊扣或吊銷？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>i. 是否曾因服用酒精或藥物後駕駛而發生交通事故或被判有罪，或超過一件以上交通違規事故？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 40%;"></td> <td style="text-align: center;">是</td> <td style="text-align: center;">否</td> </tr> <tr> <td>j. 曾經吸煙或使用任何菸草產品？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>k. 曾經吸食過麻醉藥品、不管有或沒有醫生開立的處方，曾使用過其他列管藥品？（如是，請填寫藥品使用問答表）</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>l. 曾經搭乘非客機的飛行或計劃要搭乘？（若是，請填寫興趣嗜好問答表）</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>m. 曾被拒保或遞延承保的壽險或醫療險保單、或申請復效被拒；或曾以加費體被承保、或是有其他正在申請中的保單？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>n. 被診斷罹患愛滋病相關複合症或愛滋病？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>o. 曾服役或打算服役軍中或後備軍人？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">若在 (a)到(n)的項目中有回答”是”者，請提供細節</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">編號</th> <th style="width: 20%;">姓名</th> <th style="width: 25%;">疾病或傷病</th> <th style="width: 10%;">日期</th> <th style="width: 35%;">就醫細節/醫生姓名/醫院名稱/地址</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> |                          |                          | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 40%;"></td> <td style="text-align: center;">是</td> <td style="text-align: center;">否</td> </tr> <tr> <td>a. 是否曾罹患任何精神、身體相關疾病？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. 進行過檢查、諮詢，罹患過任何疾病、傷害或手術？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. 曾去任何醫院、診所、療養院或醫療機構就診？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. 被建議進行檢查、住院或手術，且檢查、住院或手術尚未完成？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. 因體檢未通過而免服兵役或被提前除役？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. 是否從事或計劃從事賽車、飛行活動、爬山、滑翔、跳傘、或其他冒險運動？（如是，請填寫興趣嗜好問答表）</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g. 曾被調查、被捕或被判有罪？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>h. 駕照被吊扣或吊銷？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>i. 是否曾因服用酒精或藥物後駕駛而發生交通事故或被判有罪，或超過一件以上交通違規事故？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> |                      | 是                        | 否                        | a. 是否曾罹患任何精神、身體相關疾病？       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | b. 進行過檢查、諮詢，罹患過任何疾病、傷害或手術？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | c. 曾去任何醫院、診所、療養院或醫療機構就診？        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | d. 被建議進行檢查、住院或手術，且檢查、住院或手術尚未完成？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | e. 因體檢未通過而免服兵役或被提前除役？                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | f. 是否從事或計劃從事賽車、飛行活動、爬山、滑翔、跳傘、或其他冒險運動？（如是，請填寫興趣嗜好問答表） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | g. 曾被調查、被捕或被判有罪？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | h. 駕照被吊扣或吊銷？                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | i. 是否曾因服用酒精或藥物後駕駛而發生交通事故或被判有罪，或超過一件以上交通違規事故？  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 40%;"></td> <td style="text-align: center;">是</td> <td style="text-align: center;">否</td> </tr> <tr> <td>j. 曾經吸煙或使用任何菸草產品？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>k. 曾經吸食過麻醉藥品、不管有或沒有醫生開立的處方，曾使用過其他列管藥品？（如是，請填寫藥品使用問答表）</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>l. 曾經搭乘非客機的飛行或計劃要搭乘？（若是，請填寫興趣嗜好問答表）</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>m. 曾被拒保或遞延承保的壽險或醫療險保單、或申請復效被拒；或曾以加費體被承保、或是有其他正在申請中的保單？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>n. 被診斷罹患愛滋病相關複合症或愛滋病？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>o. 曾服役或打算服役軍中或後備軍人？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> |                   | 是                        | 否                        | j. 曾經吸煙或使用任何菸草產品？                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | k. 曾經吸食過麻醉藥品、不管有或沒有醫生開立的處方，曾使用過其他列管藥品？（如是，請填寫藥品使用問答表） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | l. 曾經搭乘非客機的飛行或計劃要搭乘？（若是，請填寫興趣嗜好問答表）                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | m. 曾被拒保或遞延承保的壽險或醫療險保單、或申請復效被拒；或曾以加費體被承保、或是有其他正在申請中的保單？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | n. 被診斷罹患愛滋病相關複合症或愛滋病？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | o. 曾服役或打算服役軍中或後備軍人？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 編號 | 姓名 | 疾病或傷病 | 日期 | 就醫細節/醫生姓名/醫院名稱/地址 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 40%;"></td> <td style="text-align: center;">是</td> <td style="text-align: center;">否</td> </tr> <tr> <td>a. 是否曾罹患任何精神、身體相關疾病？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. 進行過檢查、諮詢，罹患過任何疾病、傷害或手術？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. 曾去任何醫院、診所、療養院或醫療機構就診？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. 被建議進行檢查、住院或手術，且檢查、住院或手術尚未完成？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. 因體檢未通過而免服兵役或被提前除役？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. 是否從事或計劃從事賽車、飛行活動、爬山、滑翔、跳傘、或其他冒險運動？（如是，請填寫興趣嗜好問答表）</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g. 曾被調查、被捕或被判有罪？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>h. 駕照被吊扣或吊銷？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>i. 是否曾因服用酒精或藥物後駕駛而發生交通事故或被判有罪，或超過一件以上交通違規事故？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>   |                          | 是                        | 否   | a. 是否曾罹患任何精神、身體相關疾病？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | b. 進行過檢查、諮詢，罹患過任何疾病、傷害或手術？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | c. 曾去任何醫院、診所、療養院或醫療機構就診？   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | d. 被建議進行檢查、住院或手術，且檢查、住院或手術尚未完成？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | e. 因體檢未通過而免服兵役或被提前除役？           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | f. 是否從事或計劃從事賽車、飛行活動、爬山、滑翔、跳傘、或其他冒險運動？（如是，請填寫興趣嗜好問答表） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | g. 曾被調查、被捕或被判有罪？                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | h. 駕照被吊扣或吊銷？     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | i. 是否曾因服用酒精或藥物後駕駛而發生交通事故或被判有罪，或超過一件以上交通違規事故？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 40%;"></td> <td style="text-align: center;">是</td> <td style="text-align: center;">否</td> </tr> <tr> <td>j. 曾經吸煙或使用任何菸草產品？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>k. 曾經吸食過麻醉藥品、不管有或沒有醫生開立的處方，曾使用過其他列管藥品？（如是，請填寫藥品使用問答表）</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>l. 曾經搭乘非客機的飛行或計劃要搭乘？（若是，請填寫興趣嗜好問答表）</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>m. 曾被拒保或遞延承保的壽險或醫療險保單、或申請復效被拒；或曾以加費體被承保、或是有其他正在申請中的保單？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>n. 被診斷罹患愛滋病相關複合症或愛滋病？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>o. 曾服役或打算服役軍中或後備軍人？</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> |                          | 是                        | 否   | j. 曾經吸煙或使用任何菸草產品？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | k. 曾經吸食過麻醉藥品、不管有或沒有醫生開立的處方，曾使用過其他列管藥品？（如是，請填寫藥品使用問答表） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | l. 曾經搭乘非客機的飛行或計劃要搭乘？（若是，請填寫興趣嗜好問答表）                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | m. 曾被拒保或遞延承保的壽險或醫療險保單、或申請復效被拒；或曾以加費體被承保、或是有其他正在申請中的保單？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | n. 被診斷罹患愛滋病相關複合症或愛滋病？                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | o. 曾服役或打算服役軍中或後備軍人？   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                     |                          |                          |    |    |       |    |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 是                        | 否                        |   |                      |                          |                          |                            |                          |                          |                            |                          |                          |                                 |                          |                          |                                 |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                       |                          |                          |                     |                          |                          |    |    |       |    |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| a. 是否曾罹患任何精神、身體相關疾病？  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                      |                          |                          |                            |                          |                          |                            |                          |                          |                                 |                          |                          |                                 |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                       |                          |                          |                     |                          |                          |    |    |       |    |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| b. 進行過檢查、諮詢，罹患過任何疾病、傷害或手術？  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                      |                          |                          |                            |                          |                          |                            |                          |                          |                                 |                          |                          |                                 |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                       |                          |                          |                     |                          |                          |    |    |       |    |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| c. 曾去任何醫院、診所、療養院或醫療機構就診？  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                      |                          |                          |                            |                          |                          |                            |                          |                          |                                 |                          |                          |                                 |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                       |                          |                          |                     |                          |                          |    |    |       |    |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| d. 被建議進行檢查、住院或手術，且檢查、住院或手術尚未完成？   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                      |                          |                          |                            |                          |                          |                            |                          |                          |                                 |                          |                          |                                 |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                       |                          |                          |                     |                          |                          |    |    |       |    |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| e. 因體檢未通過而免服兵役或被提前除役？   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                      |                          |                          |                            |                          |                          |                            |                          |                          |                                 |                          |                          |                                 |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                       |                          |                          |                     |                          |                          |    |    |       |    |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| f. 是否從事或計劃從事賽車、飛行活動、爬山、滑翔、跳傘、或其他冒險運動？（如是，請填寫興趣嗜好問答表）  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                      |                          |                          |                            |                          |                          |                            |                          |                          |                                 |                          |                          |                                 |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                       |                          |                          |                     |                          |                          |    |    |       |    |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| g. 曾被調查、被捕或被判有罪？  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                      |                          |                          |                            |                          |                          |                            |                          |                          |                                 |                          |                          |                                 |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                       |                          |                          |                     |                          |                          |    |    |       |    |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| h. 駕照被吊扣或吊銷？  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                      |                          |                          |                            |                          |                          |                            |                          |                          |                                 |                          |                          |                                 |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                       |                          |                          |                     |                          |                          |    |    |       |    |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| i. 是否曾因服用酒精或藥物後駕駛而發生交通事故或被判有罪，或超過一件以上交通違規事故？  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                      |                          |                          |                            |                          |                          |                            |                          |                          |                                 |                          |                          |                                 |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                       |                          |                          |                     |                          |                          |    |    |       |    |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 是                        | 否                        |   |                      |                          |                          |                            |                          |                          |                            |                          |                          |                                 |                          |                          |                                 |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                       |                          |                          |                     |                          |                          |    |    |       |    |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| j. 曾經吸煙或使用任何菸草產品？   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                      |                          |                          |                            |                          |                          |                            |                          |                          |                                 |                          |                          |                                 |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                       |                          |                          |                     |                          |                          |    |    |       |    |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| k. 曾經吸食過麻醉藥品、不管有或沒有醫生開立的處方，曾使用過其他列管藥品？（如是，請填寫藥品使用問答表）   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                      |                          |                          |                            |                          |                          |                            |                          |                          |                                 |                          |                          |                                 |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                       |                          |                          |                     |                          |                          |    |    |       |    |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| l. 曾經搭乘非客機的飛行或計劃要搭乘？（若是，請填寫興趣嗜好問答表）   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                      |                          |                          |                            |                          |                          |                            |                          |                          |                                 |                          |                          |                                 |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                       |                          |                          |                     |                          |                          |    |    |       |    |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| m. 曾被拒保或遞延承保的壽險或醫療險保單、或申請復效被拒；或曾以加費體被承保、或是有其他正在申請中的保單？  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                      |                          |                          |                            |                          |                          |                            |                          |                          |                                 |                          |                          |                                 |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                       |                          |                          |                     |                          |                          |    |    |       |    |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| n. 被診斷罹患愛滋病相關複合症或愛滋病？   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                      |                          |                          |                            |                          |                          |                            |                          |                          |                                 |                          |                          |                                 |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                       |                          |                          |                     |                          |                          |    |    |       |    |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| o. 曾服役或打算服役軍中或後備軍人？   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                      |                          |                          |                            |                          |                          |                            |                          |                          |                                 |                          |                          |                                 |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                       |                          |                          |                     |                          |                          |    |    |       |    |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 編號  | 姓名                       | 疾病或傷病                    | 日期  | 就醫細節/醫生姓名/醫院名稱/地址    |                          |                          |                            |                          |                          |                            |                          |                          |                                 |                          |                          |                                 |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                       |                          |                          |                     |                          |                          |    |    |       |    |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                          |                          |   |                      |                          |                          |                            |                          |                          |                            |                          |                          |                                 |                          |                          |                                 |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                       |                          |                          |                     |                          |                          |    |    |       |    |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                          |                          |   |                      |                          |                          |                            |                          |                          |                            |                          |                          |                                 |                          |                          |                                 |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                  |                          |                          |  |                          |                          |   |                          |                          |   |                   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |  |                          |                          |  |                          |                          |                       |                          |                          |                     |                          |                          |    |    |       |    |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

我以最大的相信與瞭解，證明上述的回答是完整且真實的；我也同意：1)BMI保險公司可以要求額外有關身體可保性的證明文件；2)BMI收到此份文件，繼續持有此文件，並不構成保單復效手續完成；3)復效申請提出後，保單將不會馬上恢復生效，除非BMI總公司有：(a)收到所需的保費，以及(b)批准這份申請；4)財務顧問或醫檢人員的認知並不等於BMI的認知，所以不能做為通過身體可保性的判定；5) 在保單復效後的兩年內，如果被保險人自殺，無論是在神智清楚或是精神錯亂的情況下，本公司將視此復效申請無效；6)在保單核准復效後的兩年內，若發現復效申請表中的問答或陳述不實，本公司將視此復效申請無效。

我在此聲明我已閱讀並瞭解消費者調查報告，以及有關美國醫療資訊局的揭露通知單，我在申請復效時已收到這兩份資料。

我授權任何有執照的醫生、醫院、診所、或其他醫療或醫療相關機構、保險公司及再保公司、醫療資訊局，或其他消費者有關的單位或我的雇主，如果他們有任何有關我本人的資料，或其他保險公司承保的資料、或有關醫療照顧、建議、治療，或任何有關身體或精神狀態的診斷，包括我使用藥物或酒精的資料、或我本人或未成年子女有其他保單資料，都可提供給BMI保險公司、或醫療資訊局(MIB)、或BMI的法律代表。

我證明繳付保費的資金來源都是合法的。任何人蓄意或企圖以不實或誤導的資料，向保險公司申請保險或申請理賠以欺騙保險公司，將可以第三級詐欺罪起訴。

本授權的有效期限從簽屬日起兩年半以內有效。副本效力與正本同。

要保人簽名(若不同於被保人)：\_\_\_\_\_

被保險人簽名：\_\_\_\_\_

財務顧問簽名：\_\_\_\_\_

完成的指示：

簽屬地：\_\_\_\_\_

A. 必須填寫日期與簽署地

日期：\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_年

B. 見證：若 BMI 的財務顧問在場，則由其見證客戶簽名。否則可以不需財顧見證，除非是有不良紀錄或盲人的簽名，才需要見證。

(財務顧問：請務必撕下下列通知單、並交給被保險人)

✂-----

### 消費者調查報告的預先通知單

我們可能會要求做有關您申請保險的消費者調查報告。此外，如果您申請多張保單，我們可以要求一份更新我們資料檔的報告。在準備做消費者調查報告時，被保險人可能會被要求面談。若您提出書面申請，我們會事先通知您的申請是否需要做此調查。若需要面談，我們會告知您：被委託做此調查的公司電話與地址。若您個人想要索取此報告，可以與當地調查公司聯絡、出示身份證明文件，您可取得一份調查報告。調查公司會保存所有收集到的資料，日後，若有必要可以揭露給其他人，但此資料的揭露，必須符合美國聯邦與州公平信用報告法的規定。

標準報告內容包括：您個人的性格、一般評價、個人資料像是健康資料、工作、及財務狀況。若需要，也可能會調查您過去與現在任職的資料，包括負責的工作內容；開車紀錄、醫療健康病史；藥物或酒精的使用、財務情況、是否做危險的運動、婚姻狀況等。調查公司可透過訪問您本人、家人、同事、財務顧問、鄰居或其他認識您的人來取得上述需要資料。

### 美國醫療資訊局(MIB)的預先通知單

有關保戶身體可保性的資料將受到嚴格保密處理。不過，BMI保險公司會提供一份簡單的報告給醫療資訊局。該局是一個非營利性、招收保險公司為會員的組織，他們代表會員做資料交換、流通的服務。若你向其他會員保險公司申請壽險或醫療險，或是向其他會員保險公司申請理賠，醫療資訊局會根據會員的要求，提供存檔在該局中、有關你的資料給會員保險公司使用。當你向其他保險公司申請壽險或醫療險、或是向其他保險公司申請理賠時，BMI保險公司或其再保公司，也可能把醫療資訊局存檔的資料揭露給該保險公司。如果你提出要求，醫療資訊局會提供一份他們存檔的資料給你。如果你質疑他們存檔的資料不正確，根據聯邦信用報告法規定，你可以直接與他們聯絡更正資料。醫療資訊局的地址：160 University Ave. Westwood, MA02090. 電話：(781)329-4500。

若被保險人也向其他保險公司申請壽險或醫療險，或申請保險理賠，BMI保險公司或其再保公司也可能把客戶資料揭露給該保險公司。