

# 中國信託人壽永鑫安終身保險乙型要保書

【業務員版】

要保書文號：中華民國 99 年 10 月 1 日 99 大商發字第 081 號函備查  
 中華民國 101 年 1 月 1 日 依 100 年 12 月 23 日金管保理字第 10002210020 號函辦理公司更名



(本保險為不分紅保險單，不參加紅利分配，並無紅利給付項目)

\*2199011\*

保單號碼：\_\_\_\_\_ (由本公司填寫) \*以下資料請以正楷填寫，若有塗改，請要保人於塗改處親自簽名。謝謝！

<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 要保人即被保險人 (免填右欄)		被保險人	
姓名			與要保人關係
出生日期	民國 年 月 日 歲 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民國 年 月 日 歲 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
身分證統一編號			
聯絡電話	公司：住宅：	公司：住宅：	
	傳真：行動電話：	傳真：行動電話：	
住所	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
E-MAIL 地址	職業類別：第 _____ 級		
保險內容	繳費期間：20 年	保險金額：新台幣 _____ 萬元	
	繳別： <input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳 (首期應繳二個月保費)	每期保險費合計：新台幣 _____ 元	
繳費方式	首期保費 <input type="checkbox"/> 1. 現金匯款 (戶名：中國信託人壽保險股份有限公司 銀行：_____ 帳號：_____ )		
	<input type="checkbox"/> 2. 信用卡 (請另填「信用卡付款授權暨約定書」)		
續期保費	<input type="checkbox"/> 1. 金融機構轉帳 (請另填「轉帳付款授權暨約定書」)		
	<input type="checkbox"/> 2. 信用卡 (請另填「信用卡付款授權暨約定書」)		

**要保人是否同意保險費逾寬限期未繳付時，以保單價值準備金同時自動墊繳主、附約 (及以後附加者) 保險費？** 同意 不同意  
 (墊繳保險費的利息，自寬限期間終了之翌日起，按墊繳當時本保單辦理保險單借款的利率計算，並應於墊繳日後之翌日開始償付利息；但要保人自應償付利息之日起，未付利息已逾一年以上而僅催告後仍未償付者，本公司得將其利息滾入墊繳保險費後再行計息。)

生存保險金受益人	姓名：_____ 與被保險人關係：_____	身故保險金受益人	姓名：_____ 與被保險人關係：_____
	身分證統一編號：_____ (若未指定，則以要保人為受益人)		身分證統一編號：_____ (若未指定，則以被保險人之法定繼承人為受益人)

**被保險人告知事項：務請要保人及被保險人親自據實回答，如有虛偽、不實或不盡之情事者，依保險法第六十四條規定本公司得解除本保險契約。**

一、目前身體機能是否有失明、聾啞、及言語、咀嚼、四肢機能障害？ 是 否

二、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？ 是 否

三、過去二年內是否曾因患有下列疾病而接受過醫師治療、診療或用藥？ 是 否

1. 高血壓症 (指收縮壓140mmHg / 舒張壓90mmHg以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。  
 2. 腦中風 (腦出血、腦梗塞)、腦瘤、癲癇、智能障礙 (外表無法明顯判斷者)、精神病、巴金森氏症。 3. 癌症 (惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒症、血友病。 4. 糖尿病。 5. 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。 6. 視網膜出血或剝離、視神經病變。

四、目前之服務單位：\_\_\_\_\_ 職位：\_\_\_\_\_ 主要 / 兼職工作內容：\_\_\_\_\_ /

以上如回答「是」者，請標明題號並將大約發病時間、病名、治療院所、治療方式、治療期間及結果記明於下：

- ◎ 本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品，本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。
- ◎ 投保後解約或不繼續繳費可能不利於消費者，請慎選符合需求之保險商品。
- ◎ 保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解，並把握保單契約撤銷之時效 (收到保單翌日起算十日內)。
- ◎ 本公司資訊公開說明文件已登載於網站上 (www.chinatrustlife.com.tw) 並於本公司提供電腦設備供公開查閱下載。
- ◎ 填寫本要保書前請詳閱「人壽保險投保人須知」、「意外傷害保險投保人須知」、「要保書填寫說明例示」，前開文件已登載於網站上 (www.chinatrustlife.com.tw) 並於本公司提供電腦設備供公開查閱下載，客戶服務專線為 0800-211505。

- 要保書之聲明事項係要保人或被保險人之授權及同意事項，其內容如下：
  - 本人 (被保險人) 同意中國信託人壽保險股份有限公司查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。
  - 本人 (被保險人、要保人) 同意中國信託人壽保險股份有限公司將本要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理本人投保之核保參考，但各該公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以前開資料作為承保與否之依據。
  - 本人 (被保險人、要保人) 同意中國信託人壽保險股份有限公司得依「電腦處理個人資料保護法」之相關規定，對本人之個人資料，有為蒐集、電腦處理或國際傳遞及利用之權利。
- 要保人已經審閱保險單條款無誤。

要保人簽章：\_\_\_\_\_ 業務人員簽章：\_\_\_\_\_

被保險人簽章：\_\_\_\_\_ 登錄字號：\_\_\_\_\_

法定代理人簽章：\_\_\_\_\_ 中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保經 / 保代簽署人簽章：



# 中國信託人壽人身保險附約要保書



要保書文號：中華民國 98 年 8 月 1 日 98 大商發字第 079 號函備查

中華民國 101 年 1 月 1 日 依 100 年 12 月 23 日金管保理字第 10002210020 號函辦理公司更名

(本保險為不分紅保險單，不參加紅利分配，並無紅利給付項目。)

保單號碼：\_\_\_\_\_ (由本公司填寫)

\*要保書請以正楷填寫，如有塗改，請要保人於塗改處親自簽名，謝謝！

本人(要保人)於\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日以被保險人\_\_\_\_\_ (身分證字號：\_\_\_\_\_ ) 向 貴公司

申請投保主約\_\_\_\_\_保險，本人申請以上開被保險人附加下列附約 (打✓者)：

- 1、中國信託人壽歲歲平安傷害醫療保險附約\_\_\_\_\_型\_\_\_\_\_元  
中國信託人壽意外傷害醫療保險附約\_\_\_\_\_型\_\_\_\_\_元(中國信託人壽長安傷害保險附加時請填此欄)
- 2、中國信託人壽新住院醫療保險附約，計劃\_\_\_\_\_ (住院日額，新台幣\_\_\_\_\_元)
- 3、\_\_\_\_\_

職業類別：第\_\_\_\_\_級 附加附約每期保費合計：新台幣\_\_\_\_\_元

■被保險人告知事項：務請要保人及被保險人親自據實回答，如有虛偽、不實或不盡之情事者，依保險法第六十四條規定本公司得解除本保險契約。申請附加意外傷害醫療保險附約者，只須填寫告知事項中 1、2、3、4 項，但第 3 項及第 4 項僅須就【】之項目且為過去二年內之健康狀況告知。

1. 目前之服務單位：\_\_\_\_\_ 職位：\_\_\_\_\_ 主要/兼職工作內容：\_\_\_\_\_ /

2. 目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？  是  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？  是  否

A. 【高血壓症 (指收縮壓 140mmHg 或舒張壓 90mmHg 以上)、狹心症、心肌梗塞】、心肌肥厚、心內膜炎、風濕性心臟病、【先天性心臟病、主動脈血管瘤】。B. 【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】。C. 肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。D. 肝炎、肝內結石、【肝硬化】、肝功能異常 (GPT、GOT 值超過 40 IU/L 以上)。E. 腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、【尿毒】、腎囊胞。F. 【視網膜剝離或出血、視神經病變】。G. 【癌症 (惡性腫瘤)】。H. 【血友病】、白血病、貧血 (再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症。I. 【糖尿病】、類風濕性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下。J. 紅斑性狼瘡、膠原症。K. 愛滋病或愛滋病帶原。

4. 過去一年內是否曾因患有下列疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？  是  否

A. 【酒精或藥物濫用成癮、眩暈症】。B. 食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。C. 肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。D. 慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。E. 痛風、高血脂症。F. 青光眼、白內障。G. 乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血。(女性被保險人回答)。

5. 最近二個月內是否曾因受傷或生病，而接受醫師治療、診療或用藥？  是  否

6. 過去兩年內是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療？(亦可提供檢查報告代替回答)  是  否

7. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？  是  否

8. 是否已確知懷孕？如是，已懷孕幾週？(女性被保險人請回答)  是  否

9. 目前之身高 \_\_\_\_\_ 公分 / 體重 \_\_\_\_\_ 公斤

以上如回答「是」者，請標明題號並將疾病名稱、發病時間、治療院所、治療方式、治療期間及結果記明於下：

◎本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。

◎投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。

◎要保人得以書面申請終止，本公司將按日數比例，退還保單未滿期之保險費。

◎保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解，並把握保單契約撤銷之時效(收到保單翌日起算十日內)。

◎本公司資訊公開說明文件已登載於網站上(網址：www.chinatrustlife.com.tw)並於本公司提供電腦設備供公開查閱下載。

◎填寫本要保書前請詳閱「人壽保險投保人須知」、「意外傷害保險投保人須知」、「要保書填寫說明例示」，前開文件已登載於網站上(www.chinatrustlife.com.tw)並於本公司提供電腦設備供公開查閱下載，客戶服務專線為 0800-211505。

●要保書之聲明事項係要保人或被保險人之授權及同意事項，其內容如下：

1. 本人(被保險人)同意中國信託人壽保險股份有限公司查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。

2. 本人(被保險人、要保人)同意中國信託人壽保險股份有限公司將本要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理本人投保之核保參考，但各該公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以前開資料作為承保與否之依據。

3. 本人(被保險人、要保人)同意中國信託人壽保險股份有限公司得依「電腦處理個人資料保護法」之相關規定，對本人之個人資料，有為蒐集、電腦處理或國際傳遞及利用之權利。

●要保人已經審閱保險單條款無誤。

●保險單的生效，以本契約保險單上所載日時為準。

要保人簽章 \_\_\_\_\_ 被保險人簽章 \_\_\_\_\_ (未滿 7 歲由法定代理人代簽)

法定代理人簽章 \_\_\_\_\_

(若要保人/被保險人未滿 20 歲，需其法定代理人一併簽名)

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

業務人員簽章：\_\_\_\_\_ 登錄字號：\_\_\_\_\_ 保經 / 保代簽署人簽章：\_\_\_\_\_



※本約定書係約定以信用卡繳交保險費之相關內容,敬請 台端詳閱您的權利義務。

## 信用卡付款授權暨約定書

新契約  續期

- 一、授權人(持卡人)茲授權發卡機構(以下簡稱甲方)依本信用卡付款授權暨約定書(下稱本授權書),在授權人之信用卡帳戶內,繳付各期應繳保險費予中國信託人壽保險股份有限公司(以下簡稱乙方),但如經甲方查認授權人有信用貶落之情事者,甲方得拒絕支付。
- 二、本授權書自乙方審核通過時起生效,但如乙方第一次請款即遭甲方拒絕支付者,對於被拒絕支付之保險單,其授權視為自始不生效力。如為新契約,則該契約自始不生效力。
- 三、授權人同意有關授權人與乙方基於保險契約所生之權益事項,概與甲方及收單行無涉。
- 四、本授權暨約定書所載之保險契約,如有撤銷、解除或終止者,授權人仍應依甲方所發付款通知書向甲方支付已由甲方交付乙方之保險費。
- 五、授權人如欲終止授權關係,應以書面通知乙方。如所授權之信用卡有效期限於日後到期並以原號續卡者,授權人同意本授權對新卡繼續有效。
- 六、如依本授權暨約定書繳付之保險費遭發卡機構拒絕支付者,要保人仍應按保險契約所載或其他適當方式,自行繳納應繳保險費。
- 七、有關要保人與發卡機構之相關權益事宜,依發卡機構約定事項辦理,不適用 貴公司保險契約寬限期間規定之相關作業辦法。對延遲繳款所產生之循環利息與違約金有疑義時,要保人應自行與發卡機構洽詢。
- 八、如本授權是用以繳交新契約第一次保險費,則乙方應付之保險責任,以乙方同意承保後,自要保人簽訂本授權暨約定書翌日零時起生效。
- 九、因應法令要求,本授權暨約定書若有修改之需要,乙方得逕行修正後通知授權人。
- 十、授權資料:(以線上招攬方式投保者,其授權人限本保單號碼保險契約之要保人)

保單號碼: \_\_\_\_\_ (新契約保單號碼由本公司填寫)

要保人: \_\_\_\_\_

發卡機構: \_\_\_\_\_

卡 別:  VISA  MASTER  聯合信用卡  JCB

卡 號: \_\_\_\_\_ 有效期限 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (月 / 西元年)

**非線上招攬方式投保者或投保後申請續期變更者,請授權人及要保人親自簽署以下欄位:**  
授權人(限本契約之要保人或被保險人)茲聲明對本授權暨約定書之內容均同意並已充份了解。

**為能即時將本次申辦事項之處理狀況及有關本保單之相關權益通知予您,敬請填寫要保人 E-mail 信箱:**

E-Mail 信箱: \_\_\_\_\_

要保人簽名 : \_\_\_\_\_ (請與要保書簽名方式一致)

要保人身分證字號 : \_\_\_\_\_ (請務必填寫)

授權人簽名 : \_\_\_\_\_ (請與信用卡之簽名式樣相同)

授權人身分證字號 : \_\_\_\_\_

要保人行動電話: \_\_\_\_\_ 申請日期 : \_\_\_\_\_

客戶服務專員簽章	客服專員行動電話	保經保代簽署人簽章	受理日期



\*2619011\*

# 中國信託人壽保險股份有限公司

## 傳統型個人人壽保險契約審閱期間確認聲明書

一、本人(即要保人，以下同)因投保貴公司 QLPB 中國信託人壽永鑫安終身保險乙型  
經  業務人員親送  傳真  郵寄  網路  電子郵件(可複選)之方式取得保險  
契約條款樣張。

二、本人就上述傳統型個人人壽保險契約條款樣張之審閱期間聲明如下(請擇一勾選)：

本契約條款樣張已於民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日提供本人審閱(審閱期間  
至少三日)。

其他：\_\_\_\_\_

此 致

中國信託人壽保險股份有限公司

要保人簽名：\_\_\_\_\_ 身分證統一編號：\_\_\_\_\_

法定代理人簽名：\_\_\_\_\_ (要保人未成年，須經法定代理人簽名)

聲明日期：民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

.....

業務員簽名：\_\_\_\_\_

保經/保代簽署人章：\_\_\_\_\_

中國信託人壽保險股份有限公司  
業務人員報告書



保單號碼：	要保人姓名：	被保險人姓名：
-------	--------	---------

1. 要保人與被保險人投保目的及需求：(可複選)

保障 子女教育經費 退休規劃 房屋貸款 其他(請說明)：\_\_\_\_\_

2. 要保人與被保險人財務狀況：(新臺幣萬元為單位，以阿拉伯數字填寫)

	被保險人	要保人(與被保險人同一人無須填寫)
個人年收入	新臺幣約_____萬元	新臺幣約_____萬元
家庭年收入	新臺幣約_____萬元	新臺幣約_____萬元
資產(含動產與不動產)	新臺幣約_____萬元	新臺幣約_____萬元

\*若要保人/被保險人為已婚者，請於家庭年收入欄位填寫夫妻雙方年收入總和。

(請敘明配偶之工作內容：\_\_\_\_\_)

\*若要保人/被保險人為未成年人/學生時，請於家庭年收入欄位填寫其父母或法定代理人年收入總和。

(請敘明父母或法定代理人之工作內容：\_\_\_\_\_)

\*若累計同業保險費支出超過被保險人家庭年收入30%，或累計同業投保金額超過被保險人家庭年收入20倍或保險費負擔、保障需求有顯不相當之情形，請於說明原因及保險費來源：  
\_\_\_\_\_

- |  |   |
|--|---|
| 3. 本保單之規劃，要保人與被保險人是否已確實瞭解投保目的、保險需求，綜合考量財務狀況以及付費能力，分析與評估保險費、保額及保障需求間之適當性(適合度)？  | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 4. 招攬時，是否向要保人或被保險人確認要保人與被保險人，及被保險人與受益人之關係及身分？  | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 5. 招攬時，是否已確認要保人、被保險人及受益人身分？有關要保人與被保險人所提供之身分證明文件(身份證、護照、駕照，或其他足資證明其身份之文件等)是否與要保書填載之內容相符？<br>(如屬電話行銷者，是否已以電話連繫方式進行確認?) | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 6. 招攬時，是否已向要保人說明本次購買保險商品內容、繳納保費方式、繳費年期、領取各種給付項目與解約金內容？   | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 7. 是否於招攬時已親晤要/被保險人，並確認此文件係由要/被保險人/法定代理人親簽無誤？<br>(如屬電話行銷者，是否已以電話連繫方式進行確認?)  | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 8. 是否主動投保？   | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |

業務人員簽名：\_\_\_\_\_登錄字號(身分證統一編號)：\_\_\_\_\_

日期：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

註：執業之保險經紀人或保險代理人，為業務招攬時，請於業務員欄簽章。

中國信託人壽受理章	保經/保代 受理章	單位/代收區號	保經/保代簽署人章
		業務人員編號(同登錄字號免填)	
	<input type="checkbox"/> 本件預收第一次保險費； 保險費合計_____元， <input type="checkbox"/> 匯款憑證_____張 <input type="checkbox"/> 支票_____張 <input type="checkbox"/> 本件未預收第一次保險費。		

中國信託人壽保險股份有限公司  
要保人/被保險人財務告知書



保單號碼：	要保人姓名：	被保險人姓名：	法定代理人姓名：
		(要/被保險人同一人，免填被保險人以下資訊)	(要/被保險人未成年者，請填法定代理人以下資訊)

一、要保人/被保險人/法定代理人之工作狀況：

1. 服務公司名稱/營業項目：	公司名稱： 營業項目：	公司名稱： 營業項目：	公司名稱： 營業項目：
2. 職位/工作性質/年資：	職 位： 工作性質： 年 資：	職 位： 工作性質： 年 資：	職 位： 工作性質： 年 資：
3. 是否為公司股東？	<input type="checkbox"/> 是，所佔股份比例？____% <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，所佔股份比例？____% <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，所佔股份比例？____% <input type="checkbox"/> 否
A. 過去3年該公司之營業額：	去年：萬元 前年：萬元 大前年：萬元	去年：萬元 前年：萬元 大前年：萬元	去年：萬元 前年：萬元 大前年：萬元
B. 過去3年該公司之稅前利潤：	去年：萬元 前年：萬元 大前年：萬元	去年：萬元 前年：萬元 大前年：萬元	去年：萬元 前年：萬元 大前年：萬元
C. 總資產/負債總額：	總資產：萬元 負債總額：萬元	總資產：萬元 負債總額：萬元	總資產：萬元 負債總額：萬元

二、要保人/被保險人/法定代理人之財務狀況：

1. 動產(如：定存、股票...等)：	市 值：萬元	市 值：萬元	市 值：萬元
2. 不動產：	座落地點： 市 價：萬元	座落地點： 市 價：萬元	座落地點： 市 價：萬元
3. 年薪資收入(含紅利獎金)：	萬元	萬元	萬元
4. 其他收入(如：房租、利息...等)：	萬元	萬元	萬元
5. 往來銀行名稱及存款額度：	往來銀行： 存款額度：萬元	往來銀行： 存款額度：萬元	往來銀行： 存款額度：萬元
6. 借貸種類及負債總額(如：銀行借款資訊、退票/拒往資訊、信用卡資訊、債務協商還款金額資訊、逾期催收或呆帳資訊(含票信)、股票質押資訊...等)：	借貸種類： 負債總額：萬元	借貸種類： 負債總額：萬元	借貸種類： 負債總額：萬元

三、要保人/被保險人/法定代理人之居所狀況：

1. 居住房屋：	<input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 公司付租	<input type="checkbox"/> 租賃 <input type="checkbox"/> 宿舍	<input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 公司付租	<input type="checkbox"/> 租賃 <input type="checkbox"/> 宿舍	<input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 公司付租	<input type="checkbox"/> 租賃 <input type="checkbox"/> 宿舍
2. 房屋種類：	<input type="checkbox"/> 大廈 <input type="checkbox"/> 別墅 <input type="checkbox"/> 住家兼店面	<input type="checkbox"/> 公寓 <input type="checkbox"/> 透天厝	<input type="checkbox"/> 大廈 <input type="checkbox"/> 別墅 <input type="checkbox"/> 住家兼店面	<input type="checkbox"/> 公寓 <input type="checkbox"/> 透天厝	<input type="checkbox"/> 大廈 <input type="checkbox"/> 別墅 <input type="checkbox"/> 住家兼店面	<input type="checkbox"/> 公寓 <input type="checkbox"/> 透天厝
3. 居住時間及地址：	居住時間： 地 址：	居住時間： 地 址：	居住時間： 地 址：	居住時間： 地 址：	居住時間： 地 址：	居住時間： 地 址：

四、投保目的(可複選)：保障 子女教育經費 退休規劃 房屋貸款 其他(請說明)：

五、其他：

※要保人/被保險人聲明事項：

本人(含要保人及被保險人，以下同)已盡可能的提供完整且真實之資料，做為 貴公司審核本人投保保險契約的依據。本人保證以上所陳之資料並無隱瞞或不實而足以影響 貴公司對此報告書之評估及接受性。

※備註：

中國信託人壽保險股份有限公司依「電腦處理個人資料保護法」之相關規定，對本人(含要保人及被保險人)之個人資料，不得透露予不相關之第三人。

要保人簽章：\_\_\_\_\_

被保險人簽章：\_\_\_\_\_

法定代理人簽章：\_\_\_\_\_

填寫日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

業務人員簽名：\_\_\_\_\_

登錄字號(身分證統一編號)：\_\_\_\_\_

保經/保代簽署人章：\_\_\_\_\_