



【人身保險】商品 書面分析報告

投保壽險公司「人身保險」商品時使用

Ver. 3.4

基本資料						
要保人	姓名 / 法人名稱			被保險人	姓名	<input type="checkbox"/> 同要保人免填 <input type="checkbox"/> 詳投保名冊
	年齡：_____歲	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	職業：_____		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	風險屬性(具投資風險或匯率風險等商品須填寫)				年齡	_____歲
	<input type="checkbox"/> 保守 <input type="checkbox"/> 穩健 <input type="checkbox"/> 積極 <input type="checkbox"/> 其他				職業	_____
保險需求						
本次投保之目的及需求(可複選)		<input type="checkbox"/> 退休規劃 <input type="checkbox"/> 家庭保障 <input type="checkbox"/> 子女教育 <input type="checkbox"/> 圓夢計劃 <input type="checkbox"/> 資產累積 <input type="checkbox"/> 醫療給付 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)				
欲投保之保險種類		<input type="checkbox"/> 壽險(含健康險、傷害險) <input type="checkbox"/> 年金險 <input type="checkbox"/> 投資型保險 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)				
是否有指定之保險公司		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(可複選) <input type="checkbox"/> 全球人壽 <input type="checkbox"/> 遠雄人壽 <input type="checkbox"/> 中國人壽 <input type="checkbox"/> 新光人壽 <input type="checkbox"/> 保誠人壽 <input type="checkbox"/> 台灣人壽 <input type="checkbox"/> 安聯人壽 <input type="checkbox"/> 安達人壽 <input type="checkbox"/> 富邦人壽 <input type="checkbox"/> 台銀人壽 <input type="checkbox"/> 友邦人壽 <input type="checkbox"/> 康健人壽 <input type="checkbox"/> 宏泰人壽 <input type="checkbox"/> 元大人壽 <input type="checkbox"/> 第一金人壽 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)				
欲投保之保險金額		<input type="checkbox"/> 詳建議書/要保書 <input type="checkbox"/> 保額_____ (萬/元)				
已有投保其他商業保險之有效保險契約		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是				
保險費支出						
預估繳交之保險費金額 (長年期保險請填寫以下兩項)		繳別： <input type="checkbox"/> 躉繳 <input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳 幣別： <input type="checkbox"/> 台幣 <input type="checkbox"/> 美元 <input type="checkbox"/> 人民幣 <input type="checkbox"/> 其他_____ 保費：_____元				
1. 繳交保險費之人預估退休剩餘年期		<input type="checkbox"/> 1~5年 <input type="checkbox"/> 6~10年 <input type="checkbox"/> 11~20年 <input type="checkbox"/> 21~30年 <input type="checkbox"/> 31~40年 <input type="checkbox"/> 40年以上 <input type="checkbox"/> 不適用				
2. 繳交保險費之來源		<input type="checkbox"/> 薪資 <input type="checkbox"/> 投資收入 <input type="checkbox"/> 既有存款 <input type="checkbox"/> 退休金 <input type="checkbox"/> 租金收入 <input type="checkbox"/> 營業收入 <input type="checkbox"/> 貸款 <input type="checkbox"/> 保單借款/解約 <input type="checkbox"/> 定存解約利息免打折 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)_____				
業務員建議事項						
保險公司名稱及概況		_____人壽保險股份有限公司 提供 <input type="checkbox"/> 保險公司官網 <input type="checkbox"/> 保發中心網站 <input type="checkbox"/> 保險公司DM <input type="checkbox"/> 建議書說明				
保險商品 / 險種名稱		<input type="checkbox"/> 提供商品建議書 <input type="checkbox"/> 提供DM <input type="checkbox"/> 其他(請說明)				
保障範圍		<input type="checkbox"/> 提供商品建議書 <input type="checkbox"/> 提供DM <input type="checkbox"/> 其他(請說明)				
保險金額：_____ (萬/元)		保險費：_____ 元		繳費年期： <input type="checkbox"/> _____年 <input type="checkbox"/> 一年一期		
建議投保保險公司之理由(可複選)		<input type="checkbox"/> 保險商品符合客戶需求 <input type="checkbox"/> 財務穩健 <input type="checkbox"/> 企業形象良好 <input type="checkbox"/> 售後服務優 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)				
要、被保險人地址、電話、電郵是否與業務員相同		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 關係：_____ 原因：_____				
業務員通報欄 要保人同受理日投保其他公司		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(請填寫) _____				

要保人簽名：_____ 據點名稱：_____

未成年人之法定代理人簽名：_____ 日期：_____年_____月_____日

業務員簽名：_____ 保經簽署人簽章：_____

登錄證字號：_____