



印製日期：○○○○年○○月版

南山人壽使用欄 ○○○○○○○○○○○

受理日期：____年____月____日

99.3.5(99)南壽營字第 008 號函備查 101.5.14(101)南壽核字第 028 號函備查

以上各欄由業務行政助理輔助填寫

●基本資料：以下各欄有紅色框部分由本公司業務員輔助填寫；打*之處，請參閱「要保書填寫說明」

e 受理序號：

* 被 保 險 人	姓名	出生日期	民國	年	月	日	身分證 統一編號								
		性別	<input type="checkbox"/>	男	<input type="checkbox"/>	女	婚姻狀況	<input type="checkbox"/>	單身	<input type="checkbox"/>	已婚				
	* 年 齡	歲	職業代碼					職業等級							
	* 住 所 (戶籍地址)	□□□-□□						行動電話： 住所電話：() 服務單位： 電 話：()							
服 務 單 位 或 學 校							E-mail：								
職 業	類別：					職位：									
投 保 紀 錄	1. 您是否已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(請勾選)。 (1) 實支實付型傷害醫療保險..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (2) 實支實付型醫療保險..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 2. 您目前有人身保險單或已在申請本保險以外之其他人身保險？如是，請繼續完成下表。..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否														
	公司名稱	壽險保額	傷害險保額	健康險每日病房費	投保日期										
					年 月 日										
					年 月 日										

※配合保險法第 107 條及第 135 條規定，訂立本契(附)約時，以精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為或欠缺依其辨識而行為之能力者為被保險人，其身故保險金部分(不論其給付名目)均變更為「喪葬費用保險金」，並依本契(附)約有關身故保險金或喪葬費用保險金的給付之約定辦理。

<input type="checkbox"/> 同被保險人 (要保人與被保險人為同一人者，可免填以下粗框欄位)														
* 要 保 人	姓名	出生日期	民國	年	月	日	身分證 統一編號							
		性別	<input type="checkbox"/>	男	<input type="checkbox"/>	女	與被保險人關係							
	* 住 所 (戶籍地址)	<input type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 其他：□□□-□□						行動電話： 住所電話：() E-mail：						
* 收 費 / 聯 絡 地 址	<input type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 其他：□□□-□□						收費/聯絡： 地址電話：()							

1. 若有生存還本/生存/滿期/祝壽保險金受益人，請填寫受益人姓名，若未指定則為要保人本人。 2. 若非以下所列保險金種類之受益人，則依保險契約條款之約定，本公司不受理其變更或指定。 <input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例(請註明比例) 3. 倘受益人指定一個人以上，除特別指定比例或順位外，由該項保險金之所有受益人平均分配。															
* 受 益 人	保險種類	姓名	身分證統一編號	倘保險金選擇以匯款方式給付者，請參照存摺填寫：											
	生存還本/保險金	(1)		<input type="checkbox"/>	銀行	<input type="checkbox"/>	郵局存簿金	<input type="checkbox"/>	合作金庫	<input type="checkbox"/>	信用合作社	<input type="checkbox"/>	農會	<input type="checkbox"/>	漁會(代號_____)
		(2)		分行/支局/辦事處/分社(代號_____)帳號：_____											
	滿期/險	(1)		<input type="checkbox"/>	銀行	<input type="checkbox"/>	郵局存簿金	<input type="checkbox"/>	合作金庫	<input type="checkbox"/>	信用合作社	<input type="checkbox"/>	農會	<input type="checkbox"/>	漁會(代號_____)
	祝壽	(2)		分行/支局/辦事處/分社(代號_____)帳號：_____											
	身故保險金(喪葬費用保險金)	(1)		註：倘身故受益人非被保險人之直系血親、配偶或兄弟姊妹者，請註明原因。											
	(2)														
<input type="checkbox"/> 同意：若依保單條款規定以被保險人本人為受益人之保險金，如於被保險人身故時尚未給付或未完全給付者，被保險人同意以主契約身故保險金受益人為此部分保險金之受益人。 <input type="checkbox"/> 不同意，則以被保險人之法定繼承人為受益人。惟倘各該險種另有約定，則依各該險種條款約定。															

※本人(即要保人)同意於本契約有效期間內，由南山人壽保險公司依條款約定並以上述匯款方式給付。上述帳戶確為所列之受益人所有，南山人壽保險公司於匯款前應通知要保人/受益人確認，並依確認後資料匯款；若有變更時，本人(即要保人)應即以書面通知南山人壽保險公司，倘不做前項通知，南山人壽保險公司按本契約所載之最後帳戶以匯款方式給付上述保險金後，即應視為已給付，本人絕無異議。

※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。

※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，保險商品如提供契約撤銷權者，請把握保單契約撤銷之時效(收到保單翌日起算十日內)。

※本公司財務及業務等公開資訊，歡迎至本公司網站<<http://www.nanshanlife.com.tw>>查閱，或電洽 0800-020-060 詢問，或至本公司各分支機構洽詢索取。

●保障內容：

(金額單位：新台幣)

* 主契約 (一) (註1-3)	險種名稱：				* 主契約 (二) (註1-3)	險種名稱：			
	投保金額	萬元整	元整	單位		投保金額	萬元整	元整	單位
要保人豁免保險費	附約	<input type="checkbox"/> 投保 WOP (未勾選者視為不投保) <input type="checkbox"/> 投保 _____			要保人豁免保險費	附約	<input type="checkbox"/> 投保 WOP (未勾選者視為不投保) <input type="checkbox"/> 投保 _____		

【以下附約僅附加於主契約：_____之保單，倘未填寫則視為附加於主契約(一)】

附加附約 (註1、4)	險種名稱	投保金額	險種名稱	投保金額
			單位	
		元整		萬元整

註1：投保不分紅商品者，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。
 註2：投保「南山人壽海外心安旅得保險(OTA)」者，本保險為非保證續保之保險商品。
 註3：投保「南山人壽寵愛佳人婦女終身保險」者，其嬰兒先天性重大殘缺之承保範圍以該保單條款附表四所載者為限，非該保單條款附表四所列之嬰兒先天性重大殘缺非屬承保範圍。本商品所稱「活產嬰兒」係指被保險人於本契約生效日或加保繳費日起十個月後，且於其「保險年齡」達四十六歲(不含)前有效期間內分娩之活產嬰兒。
 註4：南山人壽真獻情手術醫療定期健康保險附約具有保險費調整機制，調整後之新費率不超過原費率之百分之二十為限，經核定後將新費率於本附約保單週年日之三個月前以書面通知要保人。如要保人不同意調整後之保險費，應於本附約下一保單年度始日之四十五天前，以書面通知本公司，請詳閱「保險契約條款」。
 ◎人壽保險契約含其他保險給付者，當該被保險人身故時，本公司除依照契約條款約定給付保險金外，另將於各該契約條款約定退還其他未給付部分之解約金或未滿期保險費予要保人；惟其給付成本之計算已考慮死亡脫退因素者，不在此限。
 ◎健康保險險種被保險人非因契約約定之保險事故致契約效力終止時(除契約已使用脫退率計價者外)，倘條款約定有解約金者給付解約金，無約定者退還未到期保費。
 ◎本商品部分年齡可能發生累積所繳保險費扣除已領生存保險金給付後之金額超出身故保險金給付之情形，惟是否有前述情形，請詳閱各保險商品契約條款。

●*繳費：

繳費方法	期繳型商品	<input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳
	躉繳型商品	躉繳 倘附加附約者，請勾選附約繳費方法： <input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳
續期繳費管道	<input type="checkbox"/> 1. 金融機構/郵局轉帳 E	<input type="checkbox"/> 3. 自行繳費(含劃撥、匯款、郵寄支票、自動櫃員機轉帳及便利商店繳費等)
	<input type="checkbox"/> 2. 信用卡繳付保險費 Y	<input type="checkbox"/> 4. 南山人壽認同卡繳付保險費 W
(選擇以金融機構/郵局轉帳或信用卡/南山人壽認同卡繳費者，請檢附保險費付款授權書)		

●*保險費的墊繳：

主契約有保險費墊繳之條款者，續期保費如超過寬限期間仍未交付，要保人是否同意保險公司得自動墊繳同一保單號碼下之主契約續期保費與同時及以後附加之附約、附加條款、批註條款之應繳保費？..... 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，並應於墊繳日後之第一日開始償付利息；但要保人自應償付利息之日起，未付利息已逾一年以上而經催告後仍未償付者，本公司得將其利息滾入墊繳保險費後再行計息。自動墊繳係合併同一保單號碼中主、附約之保單價值準備金，同時墊繳該保險單中全部主、附約、附加條款、批註條款之應繳保險費。)

●*被保險人告知事項(一)：

身高	公分	體重	公斤	職業及兼業(SN1)	工作內容(及兼業)
投保不分紅壽險者，請回答第1-8項是否有告知為"是"之情事？(LL)..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
1. *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？					
2. *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？(亦可提供檢查報告代替回答)					
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？					
(1) *高血壓症(指收縮壓140mmHg 舒張壓90mmHg 以上)、 <u>狹心症</u> 、 <u>心肌梗塞</u> 、 <u>心肌肥厚</u> 、 <u>風濕性心臟病</u> 、 <u>先天性心臟病</u> 、 <u>主動脈血管瘤</u> 、 <u>腦中風(腦出血、腦梗塞)</u> 、 <u>腦瘤</u> 、 <u>腦動脈血管瘤</u> 、 <u>腦動脈硬化症</u> 、 <u>癲癇</u> 、 <u>肌肉萎縮症</u> 、 <u>重症肌無力</u> 、 <u>智能障礙(外表無法明顯判斷者)</u> 、 <u>巴金森氏症</u> 、 <u>精神病</u> 、 <u>肺氣腫</u> 、 <u>塵肺症</u> 、 <u>肺結核</u> 、 <u>肝炎</u> 、 <u>肝硬化</u> 、 <u>*肝功能異常(GOT、GPT 值檢驗值有異常情形者)</u> 、 <u>腎臟炎</u> 、 <u>腎病症候群</u> 、 <u>腎機能不全</u> 、 <u>尿毒</u> 、 <u>腎囊胞</u> 、 <u>視網膜剝離或出血</u> 、 <u>視神經病變</u> 、 <u>癌症(惡性腫瘤)</u> 、 <u>血友病</u> 、 <u>白血病</u> 、 <u>貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)</u> 、 <u>紫斑症</u> 、 <u>糖尿病</u> 、 <u>類風濕性關節炎</u> 、 <u>肢端肥大症</u> 、 <u>腦下垂體機能亢進或低下</u> 、 <u>甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下</u> 、 <u>紅斑性狼瘡</u> 、 <u>膠原症</u> 、 <u>愛滋病</u> 或 <u>愛滋病帶原</u>					
(2) 心內膜炎、支氣管擴張症、肝內結石					
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？					
(1) <u>酒精或藥物濫用成癮</u> 、 <u>眩暈症</u> 、 <u>食道</u> 、 <u>胃潰瘍</u> 或 <u>出血</u> 、 <u>潰瘍性大腸炎</u> 、 <u>胰臟炎</u> 、 <u>肝炎病毒帶原</u> 、 <u>肝膿瘍</u> 、 <u>黃疸</u> 、 <u>慢性支氣管炎</u> 、 <u>肺膿瘍</u> 、 <u>肺栓塞</u> 、(以下請由女性被保險人回答)乳漏症、陰道異常出血					
(2) 十二指腸潰瘍或出血、氣喘、痛風、高血脂症、青光眼、白內障、(以下請由女性被保險人回答)乳腺炎、子宮內膜異位症					
5. 女性被保險人回答：是否已確知懷孕(FI)？如是，已經幾週？					
6. 過去五年內是否曾因受傷或生病*住院治療七日以上？					
7. 目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害。					
8. 被保險人年齡為兩足歲以下者，請回答：出生時之體重是否低於2500公克或妊娠週數少於37週？若是，出生之體重_____公克，妊娠週數_____週					

● *被保險人告知事項(二):

投保南山人壽寵愛佳人婦女終身保險(甲型/乙型)者,請回答第9、10項是否有告知為"是"之情事?(LC).....是否

9.請問是否有上述第1~7項告知為"是"者?

10.過去一年內是否曾患有乳房疾病或生殖器官疾病,而接受醫師治療、診療或用藥?

投保甲型者,除回答第9、10項外,請繼續回答第11-13項是否有告知為"是"之情事?(LC).....是否

11.是否曾患有妊娠期併發症(前置胎盤、子宮外孕、葡萄胎、胎盤早期剝離、子癩前症、子癩症、羊水栓塞)?

12.是否曾有懷孕流產、死產或活產嬰兒於出生日起28天內死亡之情事?

13.被保險人本人、配偶或子女是否曾患有下列疾病?
 (1)巴陶氏症、愛德華氏症、唐氏症、貓哭症候群、貓眼症候群 (2)脊柱裂、脊髓脊膜膨出、腦膜膨出、腦膨出、無腦畸形、先天性水腦症
 (3)苯酮尿症、高胱氨酸尿症、半乳糖症、黏多醣症、肝醣貯積症、威爾遜氏病、白胺酸代謝異常、尿素循環代謝異常症 (4)先天性食道閉鎖合併有或無氣管食道瘻管、先天性膽道閉鎖、先天性無肛症、橫隔膜疝脫 (5)心室中隔缺損、開放性動脈導管、心房中隔缺損、肺動脈瓣膜狹窄、主動脈瓣膜狹窄、法洛氏四合症、大動脈轉位、三尖瓣閉鎖、主動脈弓縮窄、左心發育不全症、右心發育不全症、單心室、全肺靜脈回流異常、永久動脈幹、Ebstein氏異常 (6)重症β地中海型貧血(庫利氏貧血)、血友病、先天性泛垂體低下症、成骨發育不全症、極輕體重兒(出生當時體重不超過1,000公克)、唇顎裂、纖維性囊腫、先天性耳聾、先天性失明、瓦登伯革氏症候群、先天性髖關節脫位

投保重大疾病險者,請回答第14~16項是否有告知為"是"之情事?(DD).....是否

14.請問是否有上述第1~8項告知為"是"者?

15.現在及過去一年內是否曾患有下列疾病?
 咳血、便血、血尿、良性腫瘤、腸胃道息肉

16.現在及過去一年內是否因口腔潰瘍持續兩週未癒、口腔白斑、口腔腫塊而接受醫師診察、治療或用藥?

投保特定傷病健康險者,請回答第17、18項是否有告知為"是"之情事?(HR).....是否

17.請問是否有上述第1~8項及第15、16項告知為"是"者?

18.過去五年內是否曾因患有原發性肺動脈高血壓症、克隆氏病、肝炎病毒帶原,而接受醫師治療、診療或用藥?

投保健康險者,請回答第19~21項是否有告知為"是"之情事?(HH).....是否

19.請問是否有上述第1~8項及第16項告知為"是"者?

20.最近三個月內是否曾因患有良性腫瘤、腸胃道息肉,而接受醫師治療、診療或用藥?

21.現在及過去一年內是否曾患有下列疾病?
 腦炎、腦膜炎、水腦症、複視、角膜炎、葡萄膜炎、飛蚊症、中耳炎、乳突炎、鼻竇炎、鼻中隔彎曲、咳血、肺炎、支氣管炎、便血、胃炎、痔瘡、腸阻塞、腹膜炎、疝氣、血尿、蛋白尿、輸尿管結石、膀胱結石、腎孟炎、尿道炎、膀胱炎、骨盆腔炎、攝護腺肥大/發炎、子宮脫垂、梅毒、脫臼、骨折、關節炎、骨髓炎、股骨頭壞死、椎間板突出、坐骨神經痛、運動神經原疾病、硬皮症、靜脈曲張、酒精中毒、精神官能症、人工裝置物、蠱豆症

投保傷害險者,請回答第22項是否有告知為"是"之情事?(PP).....是否

22.目前身體機能是否有下列障害:
 (1)失明。(2)是否曾因眼科疾病或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥,且一目視力經矯正後,最佳矯正視力在萬國視力表○.三以下。(3)聾。(4)是否曾因耳部疾病或傷害接受耳鼻喉科專科醫師治療、診療或用藥,且單耳聽力喪失程度在五十分貝(dB)以上。(5)啞。(6)咀嚼、吞嚥或言語機能障害。
 (7)四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。

投保南山人壽惠帆風順保本終身保險各繳費年期商品(WPA)或南山人壽傷害保險附約(AI)者,除回答第22項外,請繼續回答第23項是否有告知為"是"之情事?(PP).....是否

23.*過去二年內是否曾患有壽險部份第3(1)及4(1)項劃底線字體之疾病,而接受醫師治療、診療或用藥?

投保防癌險者,請回答第1、2項、第3(1)項、第4(1)項及第5、6、7、16、20、21項是否有告知為"是"之情事?(CC).....是否

◆上述第1項至第23項問題中,如有告知為"是"者,請註明問題號碼、詳細原因或疾病名稱、症狀、大約治療時間、地點及結果;健康檢查之原因、大約時間、地點、項目及結果。

●投保要保人豁免保險費附約者,要保人(即前述豁免保險費附約之被保險人)請回答下列問題。

要保人告知事項	職業類別:	職位:
	身高: _____ 公分	體重: _____ 公斤
職業及兼業(SN1)		工作內容(及兼業)
上述「被保險人告知事項」第1~7項、第15、16、21項是否有告知為"是"之情事?..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
如有告知為"是"者,請註明問題號碼、詳細原因或疾病名稱、症狀、大約治療時間、地點及結果;健康檢查之原因、大約時間、地點、項目及結果。		

◆要保人與被保險人注意事項:「被保險人、要保人告知事項」應由要保人及被保險人親自填寫並誠實告知,如有違反告知義務之情事,足以影響本公司對危險之估計者,本公司得依保險法第六十四條之規定解除契約。

◆要保人與被保險人向南山人壽保險公司聲明同意下列事項:
 1.本人(被保險人)同意貴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)同意貴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時之核保參考,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)同意貴公司得依「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。
 4.(1)實支實付型傷害醫療保險適用:「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。
 (2)實支實付型醫療保險適用:「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。」

※茲收到貴公司「要保書填寫說明」、「保險契約條款樣本」及「投保人須知」各乙份.....是否(H8)。

要保人簽名: _____ 被保險人同意暨簽名: _____

*未成年者其法定代理人簽名: _____ 申請日期:民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(未滿七歲者或無行為能力人,由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名;七歲(含)以上未滿二十足歲者,由本人及法定代理人簽名。以上之簽名於一年期附約續保時仍有效。)

*以下由本公司業務員填寫。

業務員簽名:	業務員代號:	業務員登錄字號:	地區/單位:	聯絡電話:
--------	--------	----------	--------	-------