

基本資料表

被保險人資料					
被保人姓名:		身份證號:		性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
是否為美國公民或居民? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 - 請填上社會福利號碼: _____		出生日期: (西元年)		<input type="checkbox"/> 吸煙者 <input type="checkbox"/> 非吸煙者	
身高: cm		體重: kg			
出生地:		國籍:		電話號碼(住宅):	
手機電話:					
居住地址: (須提交地址證明)				居住時間: 年	
通訊地址: <input type="checkbox"/> 同上				居住時間: 年	
電子信箱: (必填)		年收入: USD		淨資產: USD	
保費來源:					
被保險人雇主資料					
公司名稱:			公司網址:		
公司性質:		職稱:		職務:	
年資: 年					
公司地址:				公司電話:	
被保險人其他生效保單資料					
1 保險公司:					
壽險保額: USD		生效日期: (西元年/月/日)		保單號碼:	
2 保險公司名稱:					
壽險保額: USD		生效日期: (西元年/月/日)		保單號碼:	
要保人/保單所有人資料					
要保人姓名:			次順位要保人姓名:		
與被保人關係:		出生地:		國籍:	
與被保人關係:		出生地:		國籍:	
身份證字號:		出生日期:		身份證字號:	
出生日期:		身份證字號:		出生日期:	
性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		是否為美國公民或居民? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 - 社會福利號碼: _____		性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
是否為美國公民或居民? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 - 社會福利號碼: _____		婚姻狀況: <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 喪偶		婚姻狀況: <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 喪偶	
年收入:USD		淨資產:USD		年收入:USD	
淨資產:USD		居住地址:		居住時間: 年	
居住地址:		居住時間: 年		電話號碼(住宅):	
電話號碼(住宅):		電話號碼(住宅):		手機電話:	
手機電話:		手機電話:		電子信箱:	
電子信箱: (必填)		電子信箱: (必填)			
要保人之雇主資料					
公司名稱:			公司網址:		
公司性質:		職稱:		職務:	
年資: 年					
公司地址:				公司電話:	
要保人其他生效保單資料					

1	保險公司名稱:			
壽險保額: USD	生效日期: (西元年/月/日)	保單號碼:		
2	保險公司名稱:			
壽險保額: USD	生效日期: (西元年/月/日)	保單號碼:		
受益人資料				
第一順位受益人姓名	出生日期	身份證字號	與被保人關係	百分比
				%
				%
				%
第二順位受益人姓名	出生日期	身份證字號	與被保人關係	百分比
				%
				%
				%
被保險人從事的特殊活動				
A. 在過去五年內，您是否有從事下列活動：			是	否
1. 在未來兩年是否從事或計劃從事飛行活動、滑翔、賽車、潛水、跳傘或危險運動？.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 過去兩年及未來兩年內，您是否有出國旅遊的計畫？..... 如果有，請說明旅遊之國家及時間_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 被捕或被判有罪？.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 被綁架，被勒索，或受到任何生命威脅，或任何家人受到威脅？.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 是否曾因服用酒精或藥物後駕駛而發生交通事故，或超過一件交通違規而被判有罪？.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 曾向任何機構申請或接受過殘障補助？.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 是否曾有壽險/醫療險或復效的申請被拒絕，修改，延遲，加費或被加註任何限制？.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 在未來的兩年內，您是否需要或打算服役於軍隊或軍事機構？.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. 過去十二個月內，您是否曾經吸煙或使用任何菸草產品？..... 如果有，請選擇類型及填寫使用頻率及數量			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. ○ 香菸_____				
b. ○ 菸草製品_____				
c. ○ 尼古丁貼片或口香糖_____				
d. ○ 煙斗_____				
e. ○ 嚼食菸草_____				
f. ○ 其他_____				
C. 過去十年內，您是否曾經吸食過古柯鹼、大麻、安非他命、巴比妥酸鹽或其他列管藥品？			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. 您是否飲用酒精飲料？..... 如果有，請說明使用頻率和份量_____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
被保險人個人日常活動				
			是	否
請問您的職位或日常活動需要處理公共資源相關事務嗎？.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
請問您的職位或日常活動需要您執行某種程度的公權力嗎？.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
請問您的日常活動或專業讓您享有一定程度的公眾知名度嗎？.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
請問您是公職人員嗎？.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
請問您是具有政治影響力的人物嗎？.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
請問您有沒有與被認為有政治影響力的人有關連？.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
請問您是任何國際組織的法律代表人嗎？.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
請問您有向其他國家繳稅的義務嗎？.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
以上個人日常活動答“是”者，請在此進行說明:				

被保險人最後一次就診紀錄		
就診醫師姓名:	就診日期:	
醫院/診所地址:		
就診原因:	治療結果:	
被保險人醫療病史		
過去這 12 個月內您的體重是否有變化?.....	是	否
如果有, 請問是變重還是變輕? _____ 變化的原因為何? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您是否曾被診斷罹患下列任何疾病, 或曾因下列疾病接受治療:	是	否
a. 眼睛、耳朵、鼻子或喉嚨不適?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 眩暈、昏厥、痙攣、頭痛、語言障礙、麻痺或中風、精神或神經障礙?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 氣喘、長時間的聲音嘶啞或咳嗽、咳血、支氣管炎、胸膜炎、哮喘、肺氣腫、肺結核或慢性呼吸道疾病?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 胸部疼痛、心悸、高血壓、風濕熱、心臟雜音、心臟病發作或其他心臟或血管疾病?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 黃疸、腸道出血、潰瘍、疝氣、盲腸炎、結腸炎、憩室炎、痔瘡、週期性消化不良或其他胃、腸、肝、膽疾病?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 尿中有糖、白蛋白、血或膿、性病、腎結石或其他腎病、膀胱、前列腺或生殖器官疾病?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. 糖尿病、甲狀腺或其他內分泌系統疾病?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. 神經炎、坐骨神經痛、風濕病、關節炎、痛風或其他肌肉、骨骼疾病, 包括脊柱、腰部或關節疾病?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. 畸形、跛腐或節肢?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. 皮膚、淋巴腺疾病, 包囊、腫瘤或癌癥?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. 過敏、貧血或其他血液疾病?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. 您目前是否正在服用任何藥物, 受觀察當中, 或接受醫療處方藥治療中?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
除上述各項外, 在過去 5 年內, 您是否曾:		
m. 是否曾罹患任何精神、身體疾病?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. 進行過檢查、諮詢, 發生過任何疾病、傷害或手術?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. 曾去任何醫院、診所、療養院或醫療機構就診?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. 進行過心電圖、X 光或其他檢查?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. 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"/>
您是否曾受到人類免疫缺陷病毒的感染而呈陽性反應, 或因 HIV 感染或因其他疾病感染而被診斷罹患愛滋病相關複合症或愛滋?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您的父母、兄弟、姐妹是否曾有高血壓、糖尿病、心臟或腎臟疾病, 癌症癥或精神疾病?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
只有女性需要回答此問題		
您在月經期間或懷孕期間是否曾患有任何病症? 或裝人工器官或義乳後有病變產生?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您目前有懷孕嗎? 懷孕幾個月了? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
以上答“是”者, 請在下方詳細註明病症內容、治療情況、就診醫師的姓名、診所名稱、及地址。		

我相信與瞭解, 我在本申請書所做的陳述與問答都是完整和真實的。

我已收到有關醫療資料局的通知。我已被通知與此申請書有關的消費者報告可能會被提報。我允許美國佛州的 BMI 保險公司 / BMI 國際保險公司或其再保公司可以索取此消費者報告。

X

被保險人簽名

推介人: _____

X

要保人/保單所有人簽名

若與被保險人為同一人時, 要保人欄位無須簽名。

日期: _____ (月/日/西元年)