



恢復保單效力申請書

本人所執中國人壽保險(海外)股份有限公司第 _____ 號保單，已於 _____ 年 _____ 月 _____ 日起失效。現本人願意補繳過期保費及利息，並今後繼續按期繳儲保費，特此申請恢復保單效力，並另附本人之健康狀況申報表作為 貴公司恢復該保單效力之根據。今後 貴公司如發現本人之健康狀況申報有不盡不實之處，則本人雖已補繳保費及取得收據，該保單仍不能作有效論， 貴公司無須負任何責任。又上述保單於恢復效力日起十二個月內，本人不要求保單退保。特此聲明。尚祈接納，照予辦理為荷。

見證人： _____

申請人： _____
年 月 日

本欄留公司填寫

核 准 :

驗 體 格 : 補收第 _____ 年期 _____ 期保費 _____ 過期息 _____

不 核 准 :

主 管 : _____

覆 核 : _____

印 鑑 校 對 : _____

經 辦 人 : _____

健康狀況申報表

請在 當方格上填以 號

1. 身高	米/呎	體重	千克/磅	於過去一年內體重之增減	增/減	千克/磅
				體重之增減原因		
2. 台端顧問醫生之姓名及地址						
3. 台端之家屬中曾否有人患肺結核、肝炎、癌症、精神病? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
4. 台端曾否使用任何可成癮藥物, 吸毒, 酗酒或曾接受戒毒或戒酒治療? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
5. 台端曾否患有先天性缺陷疾病, 例如先天性心臟病, 多趾指, 皮膚毛髮色素減進症, 腦發育不全等? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
6. 台端曾否有、或獲告知患有, 或曾接受下列疾病之治療:						
(a) 肺結核病, 呼吸系統或肺部疾病? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
(b) 風濕性心臟病, 血壓病, 胸痛, 心臟, 血液或血管疾病? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
(c) 腸胃潰瘍, 肝或膽囊或消化器官之疾病? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
(d) 腎石或任何生殖泌尿系統病症? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
(e) 癲癇或任何精神病或神經不正常? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
(f) 癌症、腫瘤、性病、糖尿病、其它內分泌疾病及嚴重受傷? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
7. 在過去台端曾否:						
(a) 接受過診檢如 X 光、心電圖、特殊血液檢驗及健康檢查?若是, 請詳述項目及結果。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
(b) 患有疾病, 接受過手術, 就診或留醫等而未在上述各項提及者? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
8. 台端日前是否接受治療或服用藥物? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
9. 台端是否有可預見之醫療需要? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
10. 台端曾否接受或企圖接受任何有關愛滋病況、愛滋病綜合病徵之診察、輔導或治療, 或曾被通知患有上述提及之疾病? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
11. 台端曾否被通知在愛滋病毒抗體測驗中呈陽性反應? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
12. 台端曾否在過去三個月內持續超過一星期有下列病徵: 疲倦, 體重下降、腹瀉、淋巴核腫大或不尋常的皮膚潰瘍? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
13. 婦女適用						
(a) 台端現在是否懷孕? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
(b) 台端曾否有乳房或婦科病症或產前產後期之併發症? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
14. 台端過去有否因疾病、意外、受傷而獲得過任何賠償? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
15. 在過去個 12 月內台端是否吸煙? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
如果吸煙, 請填寫下列: (a) 每日平均吸煙 _____ 支? (b) 吸煙已有 _____ 年						
16. 職業: _____ 工作性質: _____						
如上列 3-16 項問題中有“是”或“有”者, 請在此詳述並請列明:						

聲明及授權

- 本申請書所填寫的各項, 均屬真實, 可作為 貴公司發給合約/保單的根據, 並成為雙方合約的組成部份, 倘日後發現與事實不符, 即使合約/保單發給, 貴公司仍可可不負任何責任。
- 除用書面申請, 經 貴公司主管簽字批准者外, 其他任何人不論口頭或文字允諾的條件或事情均無效。
- 本受保人必須將應繳保費全數繳清, 合約/保單始生效力, 倘在未付以前或方付之時, 不幸已染病或遭意外引致身, 貴公司可不負賠償責任。
再者, 本受保人授權任何內外科醫生、醫院、診所、保險公司或任何組織, 及凡熟悉我健康情況之人, 均可以將我過往之病狀, 病歷等言羊細向中國人壽保險海外股份有限公司香港分公司或其代表說明, 此授權書之副本亦屬有效。

要保人 _____ (簽署)
(倘非受保人)

受保人 _____ (簽署)
年 月 日

主管核准:

核保:

業務員編號: