

※請說明回答下列問題並於□中勾選

- | | 是 | 否 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1.被保險人目前是否因病住院或臥病在床中 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.被保險人目前人是否在國內(若未在國內恕無法辦理入會) . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.被保險人是否因案經法院判決確定入獄服刑者 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.被保險人本身是否為事業單位之負責人 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.被保險人目前是否已懷孕 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a.目前懷孕週數為_____週。 | | |
| 6.加入本會前之前一單位「退保時間」? _____ | | |
| 7.被保險人是否參加團體保險 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (<input type="checkbox"/> 全球 <input type="checkbox"/> 華南 <input type="checkbox"/> 第一 , 生效日期: _____) | | |
| 8.被保險人目前是否領取失業給付 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.被保險人目前是否領有殘障手冊 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 殘障手冊等級為 <input type="checkbox"/> 輕度、 <input type="checkbox"/> 中度、 <input type="checkbox"/> (極) 重度---殘障類別:_____ | | |

本人：

受委託人：

身份證：

連絡電話：

中華民國 年 月 日