

# 宏泰人壽金健康醫療終身保險專用問卷



被保險人姓名：\_\_\_\_\_

保單號碼：\_\_\_\_\_

業務代表姓名：\_\_\_\_\_

填寫日期：\_\_\_\_\_

承蒙 貴保戶投保本公司保險商品，為加速完成您的投保需求，敬請填答以下詢問事項，感謝您的協助與配合。

一、請問 您最近二個月有無體重不明原因下降情形？

無 有：請略述\_\_\_\_\_。

二、請問 您最近二個月有無不明原因發燒、盜汗、不尋常淋巴腫大情形？

無 有：請略述\_\_\_\_\_。

三、請問 您有無吸煙的習慣？

無 有：\_\_\_\_\_包/天或\_\_\_\_\_ /天，已持續\_\_\_\_\_年。

四、請問 您有無飲酒的習慣？

無 有：\_\_\_\_\_ (酒類型態)，社交性質 習慣性質  
\_\_\_\_\_ 瓶 / 天 週 月

五、請問 您每週有無運動健身的習慣？

無 有：小於 30 分鐘 30 分鐘至 3 小時 3 小時以上

六、請問 您每週有無戶外活動的習慣？

無 有：請略述\_\_\_\_\_。

■本人同意 貴公司得蒐集、處理及利用上述資料辦理新契約核保作業。

■本人謹此聲明上述填答屬實。

要保人簽名：\_\_\_\_\_

被保險人簽名：\_\_\_\_\_

法定代理人簽名：\_\_\_\_\_

業務代表 /

執業經紀人(代理人)簽名：\_\_\_\_\_