

# 臺銀人壽保險股份有限公司

## 功能性契約轉換適合度評估確認書

為評估被保險人是否適合辦理功能性契約轉換，請根據欲轉換之契約險種，填寫本確認書內容，每題均為單選題，謝謝您的配合。

轉換新樂活人生長期照顧終身保險適用【單選】		分 數
1. 請問您，目前年齡為？ <input type="checkbox"/> A. 44 歲以下 <input type="checkbox"/> B. 45-54 歲 <input type="checkbox"/> C. 55 歲以上	<input type="checkbox"/> 1 分 <input type="checkbox"/> 2 分 <input type="checkbox"/> 3 分	<input type="text"/>
2. 請問您，是否已為自己規劃退休後的生活財源以支付可能的醫療費用？ <input type="checkbox"/> A. 是 <input type="checkbox"/> B. 否	<input type="checkbox"/> 1 分 <input type="checkbox"/> 2 分	<input type="text"/>
3. 請問您，除了健保之外，是否仍有其他退休後的長期照顧險之醫療保障規劃？ <input type="checkbox"/> A. 有 <input type="checkbox"/> B. 沒有(問項結束) <input type="checkbox"/> C. 不清楚(問項結束)	<input type="checkbox"/> 5 分 <input type="checkbox"/> 5 分 <input type="checkbox"/> 5 分	<input type="text"/>
4. 目前已有的長期照顧保險平均每月保障金額為(含其他壽險公司)？ <input type="checkbox"/> A. 1 萬元以下 <input type="checkbox"/> B. 1 萬~2 萬元 <input type="checkbox"/> C. 2 萬元以上	<input type="checkbox"/> 3 分 <input type="checkbox"/> 2 分 <input type="checkbox"/> 1 分	<input type="text"/>
5. 請問您，未來若有長期照顧需求時，係由誰負責照顧？ <input type="checkbox"/> A. 家人 <input type="checkbox"/> B. 長期照顧機構或外籍看護	<input type="checkbox"/> 1 分 <input type="checkbox"/> 3 分	<input type="text"/>
		合計分數
		<input type="text"/>

轉換新松柏長青終身醫療健康保險適用【單選】		分 數								
1. 請問您，目前年齡為？ <input type="checkbox"/> A. 44 歲以下 <input type="checkbox"/> B. 45-54 歲 <input type="checkbox"/> C. 55 歲以上	<input type="checkbox"/> 1 分 <input type="checkbox"/> 2 分 <input type="checkbox"/> 3 分	<input type="text"/>								
2. 請問您，是否已為自己規劃退休後的生活財源以支付可能的醫療費用？ <input type="checkbox"/> A. 是 <input type="checkbox"/> B. 否	<input type="checkbox"/> 1 分 <input type="checkbox"/> 2 分	<input type="text"/>								
3. 請問您，除了健保之外，是否仍有其他退休後的終身醫療險之醫療保障規劃？ <input type="checkbox"/> A. 有 <input type="checkbox"/> B. 沒有(問項結束) <input type="checkbox"/> C. 不清楚(問項結束)	<input type="checkbox"/> 5 分 <input type="checkbox"/> 5 分 <input type="checkbox"/> 5 分	<input type="text"/>								
4. 目前已有的住院醫療保障為(含其他壽險公司)？ <input type="checkbox"/> A. 1000 元以下 <input type="checkbox"/> B. 1001~2000 元 <input type="checkbox"/> C. 2001 元以上	<input type="checkbox"/> 3 分 <input type="checkbox"/> 2 分 <input type="checkbox"/> 1 分	<input type="text"/>								
5. 請問您，若有住院需求時，個人傾向選擇的房型為？ <input type="checkbox"/> A. 單人病房 <input type="checkbox"/> B. 雙人病房 <input type="checkbox"/> C. 健保病房(3-4 人)	<input type="checkbox"/> 3 分 <input type="checkbox"/> 2 分 <input type="checkbox"/> 1 分	<input type="text"/>								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>單人病房</th> <th>雙人病房</th> <th>健保病房</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>健保升等病房每日需補差額</td> <td>約 3000~4500 元</td> <td>約 1000~2500 元</td> <td>無</td> </tr> </tbody> </table>		單人病房	雙人病房	健保病房	健保升等病房每日需補差額	約 3000~4500 元	約 1000~2500 元	無	<input type="text"/>
	單人病房	雙人病房	健保病房							
健保升等病房每日需補差額	約 3000~4500 元	約 1000~2500 元	無							
		合計分數								
		<input type="text"/>								

●提醒您，請選擇您需要的保險商品，倘未提供相關資訊或選擇與您適合度不符之保險商品，

本公司將無法受理本次契約轉換申請。

要 保 人 簽 章：\_\_\_\_\_ 被 保 險 人 簽 章：\_\_\_\_\_  
(應由本人依保單最後登載之簽章方式親自簽章，您的簽名即表示您已充分瞭解並同意本聲明書內容，  
未滿 7 足歲或受監護宣告者，由法定代理人(監護人)代簽；7 歲(含)以上未成年者，由本人親自簽章)

法定代理人簽章：\_\_\_\_\_ 申 請 日 期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

(與要保人或被保險人關係：\_\_\_\_\_，要/被保險人未成年或受監護宣告者，需其法定代理人(監護人)簽章)

填寫日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

業務人員簽名：\_\_\_\_\_業務人員 ID：\_\_\_\_\_服務單位：\_\_\_\_\_

適性分析檢查表(此表由服務人員填寫)

項目	說明	
A. 欲轉換之險種	轉換長期照顧保險	轉換終身醫療健康保險
B. 適性總分數	_____分	_____分
C. 客戶屬性分析	<input type="checkbox"/> 9 分(含)以上 <input type="checkbox"/> 8 分(含)以下	<input type="checkbox"/> 9 分(含)以上 <input type="checkbox"/> 8 分(含)以下