

附件三

高齡投保評估量表參考範本

為協助瞭解達 65(含)歲以上之客戶(要保人、被保險人或繳費人)是否有辨識不利其投保權益情形之能力及投保保險商品適合性，請確實詢問下列問題：

保單號碼：		(如為同一人免重覆填寫)	
身分姓名	要保人姓名	被保險人姓名	繳費人姓名
基本資料	身份證字號 出生年月日	身份證字號 出生年月日	身份證字號 出生年月日
婚況 A	1.離婚/分居/喪偶 2.未婚 3.已婚		
	請勾選： <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	請勾選： <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	請勾選： <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
學歷 B	1.不識字 2.國中(含)以下 3.高中或同等學力以上		
	請勾選： <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	請勾選： <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	請勾選： <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
健康 C	1.具視覺、聽覺障礙(不限是否領有身心障礙手冊或證明) 2.具精神、心智功能障礙(例如患失智症、憂鬱症、智能障礙，或有焦慮、暴躁、易怒、妄想、幻覺、自殘等症狀)(不限是否領有身心障礙手冊或證明) 3.無		
	請勾選： <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	請勾選： <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	請勾選： <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
居住 D	1.獨居 2.居住於護理之家、長照中心或養生村 3.與家人同住 4.其他		
	請勾選： <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 其他：	請勾選： <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 其他：	請勾選： <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 其他：
投保 E	投保保險商品經驗(包含壽險與產險) 1.本次為首次投保 2.有兩次(含)以上投保經驗		
	請勾選 <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2.	請勾選 <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2.	請勾選 <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2.
投資經驗 F	除投保保險商品外，其他金融商品(包含存款、債券、基金、股票、期貨、選擇權等)經驗 1.一年以下經驗(含沒有經驗) 2.有一年(含)以上經驗		
	請勾選 <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2.	請勾選 <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2.	請勾選 <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2.
家庭支出 G	扣除保險費總支出(含本次投保及其他所繳保費)後資產，約可支應家庭開銷期間? 1.餘額約可支應 1-2 年 2.餘額可支應 3 年以上 3.可支應十年都沒問題		
	請勾選 <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	請勾選 <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	請勾選 <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.
生活事件 H	近一年生活上有無重大變故(例如親人身故/離異、罹患疾病、遭逢災難)? 1 有 2 無		
	<input type="checkbox"/> 1 有，說明： <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有，說明： <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有，說明： <input type="checkbox"/> 2 無
認知評估 I	您與客戶接觸過程中，有無下列情形 1. 無法充分表達及理解投保重要事項(例如無法說明投保目的、繳交保險費之資金來源、財務狀況等)或對商品內容說明無法瞭解(例如無法瞭解本次是購買保險商品、保費金額、繳費期間等) 2. 頻繁詢問相同的問題、不記得已經約定好的拜訪或會晤日期/時間 3. 識字或計算能力顯著低下，或親人/家屬表示客戶之認知能力低下或有疑慮 4. 無上述情形		
	請勾選： <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	請勾選： <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	請勾選： <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
評估結果	保戶是否具有辨識不利其投保權益情形之能力		
	<input type="checkbox"/> 具有辨識不利投保權益之能力且保險商品適合 原因： <input type="checkbox"/> 理解投保內容且認知能力適足 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 不具有辨識不利投保權益之能力或保險商品不適合 原因： <input type="checkbox"/> 無法理解投保內容或認知能力有低下情形 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 具有辨識不利投保權益之能力且保險商品適合 原因： <input type="checkbox"/> 理解投保內容且認知能力適足 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 不具有辨識不利投保權益之能力或保險商品不適合 原因： <input type="checkbox"/> 無法理解投保內容或認知能力有低下情形 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 具有辨識不利投保權益之能力且保險商品適合 原因： <input type="checkbox"/> 理解投保內容且認知能力適足 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 不具有辨識不利投保權益之能力或保險商品不適合 原因： <input type="checkbox"/> 無法理解投保內容或認知能力有低下情形 <input type="checkbox"/> 其他：
業務人員/登錄字號：		/	評估日期： 年 月 日

註：本商品之特性經依保險商品銷售前程序作業準則第六條第七款規定評估對高齡客戶具潛在影響及各種不利因素者，應進行高齡評估。本參考範本內容得由各保險公司視公司商品及險種特性自行調整。