寿险投保信息表 · 成人

Life Insurance Intake · Adult

TEAM RISE

TR-F01

请注意 · Please note　本表只用于面谈时整理信息，不是保险公司的申请书，正式投保以保险公司当期的申请表 / 电子投保（eApp）为准。社安号、银行账号等敏感信息请当面交给代理人或直接在 eApp 中填写，不要拍照通过微信、短信或邮件发送；递交后纸本由代理人销毁。
This sheet only organises information for our meeting. It is not the carrier's application — the carrier's current form or eApp governs. Hand SSNs and bank details to your agent in person or enter them directly in the eApp; do not photograph and send them by WeChat, text or email. Your agent shreds the paper copy after submission.

被保人基本信息 Proposed insured

英文姓（Last） · last name

名（First） · First name

中间名 · Middle name

中文姓名 · Name in Chinese

性别 · Sex

☐ 男 M　☐ 女 F

出生日期（月/日/年） · Date of birth (mm/dd/yyyy)

出生国家 / 州 · Country / state of birth

社安号 SSN / ITIN · SSN / ITIN

身高 · Height

体重（磅） · Weight (lb)

过去 12 个月体重变化 · Weight change, last 12 months

身份与居留 Citizenship and residency

身份 · Status

☐ 美国公民 U.S. citizen　☐ 绿卡 Permanent resident　☐ 签证 Visa holder　☐ 其他 Other

绿卡号（A#） · Green card no. (A#)

签证类别（H-1B / F-1 / L-1…） · Visa type

签证号码 · 到期日 · Visa no. · expiry

护照号码（非公民） · Passport no. (non-citizens)

在美连续居住年数 · Years resident in the U.S.

驾照号 · 签发州 · 到期日 · Driver's licence · state · expiry

联系方式 Contact

居住地址（街道、城市、州、邮编） · Home address (street, city, state, ZIP)

在此地址居住多久 · Years at this address

手机 · Mobile

其他电话 · Other phone

电子邮箱 · Email

工作与财务 Employment and finances

雇主 / 公司名称 · Employer

职位与具体工作内容 · Occupation and duties

任职年数 · Years employed

公司地址 · Employer address

公司电话 · Work phone

个人年收入 · Personal annual income

其他收入（租金、投资等） · Other income (rent, investments)

家庭年收入 · Household annual income

个人净资产 · Personal net worth

家庭净资产 · Household net worth

负债（房贷、车贷等） · Liabilities (mortgage, auto, etc.)

保单持有人（与被保人不同时填写） Owner (only if different from the insured)

姓名 / 实体全称 · Name / entity name

与被保人关系 · Relationship

出生日期 / 成立日期 · DOB / date formed

SSN / 税号 · SSN / tax ID

地址 · Address

受益人 Beneficiaries

第一顺位（Primary）全部过世后才轮到第二顺位（Contingent）。同一顺位的百分比合计必须是 100%。受益人若是信托，写信托全名、签立日期、受托人与税号。

Contingent beneficiaries receive only if no primary beneficiary survives. Percentages within each class must total 100%. For a trust, give its full name, date, trustees and tax ID.

顺位 Class	英文全名 Full legal name	与被保人关系 Relationship	出生日期 DOB	SSN（可选） SSN (optional)	比例 %
Primary	*Mei Lin Wang*	*Spouse · 配偶*	*03/14/1988*		*100%*

现有保险与在审申请 Existing coverage and pending applications

保险公司 Company	保单号 Policy no.	类型 Type (Term/WL/IUL/Annuity)	保额 / 账户价值 Face / value	生效日 Issue date	是否会被替换？ To be replaced?

过去 12 个月是否申请过其他人寿或伤残保险，或有尚在审核中的申请？ ☐是 Yes ☐否 No
Any life or disability application in the last 12 months, or one still pending?

是否打算用现有保单或年金的钱来交这份新保单的保费？（是，则需要替换表格） ☐是 Yes ☐否 No
Will money from an existing policy or annuity fund this one? (If yes, replacement forms apply)

本次申请 This application

产品 · Product

保额 · Face amount

计划保费（月 / 年） · Planned premium (monthly / annual)

缴费方式 · Payment mode

☐ 月缴 Monthly (EFT) ☐ 季缴 Quarterly ☐ 半年 Semi-annual ☐ 年缴 Annual

吸烟 / 尼古丁（过去 5 年） · Tobacco / nicotine (5 yrs)

☐ 否 No ☐ 是 Yes

附约意向（生前福利、儿童附约、豁免保费等） · Riders wanted (living benefits, CTR, waiver…)

自动扣款银行信息 Bank details for premium draft

可以先空着，面谈时对着作废支票直接填进 eApp。路由号码 9 位，不能以 5 开头。

You may leave this blank and enter it in the eApp from a voided cheque. The routing number is nine digits and cannot begin with 5.

银行名称 · Bank name

账户类型 · Account type

☐ 支票 Checking ☐ 储蓄 Savings

账户持有人（若非投保人，写关系） · Account holder (relationship if not owner)

路由号码 Routing no. · Routing number

账号 Account no. · Account number

医疗信息 Medical information

家庭医生姓名 · Primary physician

诊所 / 医院名称与地址 · Clinic / hospital and address

最近一次看诊日期 · Date last seen

看诊原因 · Reason

结果 · Outcome

目前服用的处方药（药名 · 剂量 mg · 每天几次 · 原因） · Current prescriptions (name · dose · frequency · reason)

过去 10 年是否住院、看急诊，或被建议住院 / 手术？ ☐是 Yes ☐否 No
Hospitalised, seen in an ER, or advised to have surgery in the last 10 years?

是否被诊断过心脏病、高血压、高胆固醇、糖尿病、癌症、中风、肝肾疾病、睡眠呼吸暂停或精神 / 情绪方面的疾病？ ☐是 Yes ☐否 No
Ever diagnosed with heart disease, high blood pressure, high cholesterol, diabetes, cancer, stroke, liver or kidney disease, sleep apnoea, or a mental-health condition?

是否有约好但还没去的检查、复诊或转诊？ ☐是 Yes ☐否 No
Any scheduled test, follow-up or referral not yet completed?

过去 10 年是否使用过大麻或其他管制药物，或被建议减少饮酒？ ☐是 Yes ☐否 No
Any marijuana or controlled-substance use, or advice to cut down on alcohol, in the last 10 years?

过去 5 年是否有 DUI、吊销驾照或多次交通违规？ ☐是 Yes ☐否 No
Any DUI, suspended licence or repeated moving violations in the last 5 years?

未来 2 年是否计划出境旅行或居住（一年累计超过 2 周）？ ☐是 Yes ☐否 No
Plans to travel or live outside the U.S. for more than two weeks a year in the next two years?

是否从事潜水、攀岩、赛车、跳伞、私人飞行等活动？ ☐是 Yes ☐否 No
Scuba diving, climbing, racing, skydiving, or private flying?

以上任何「是」请写明：病名、日期、治疗、医生 · Details for any "Yes": condition, dates, treatment, doctor

家族病史 Family history

重点是父母和亲兄弟姐妹在 60 岁前是否有心脏病、中风、糖尿病或癌症（乳腺、结肠、肺、前列腺、黑色素瘤等）。
What matters most: heart disease, stroke, diabetes or cancer (breast, colon, lung, prostate, melanoma…) in a parent or sibling before 60.

家人 Relative	健在？ Living?	现年龄 / 过世年龄 Age now / at death	过世原因 Cause of death	重大疾病与诊断年龄 Major illness, age at diagnosis
父亲 Father				
母亲 Mother				
兄弟姐妹 Sibling				
兄弟姐妹 Sibling				

需要准备的证件 Documents to have ready

☐ 驾照或州 ID · Driver's licence / state ID ☐ 护照 · Passport ☐ 绿卡 · Green card ☐ 签证 + I-94 · Visa + I-94 ☐ 作废支票（自动扣款）· Voided cheque (for EFT) ☐ 现有保单最近一期年度报表 · Latest statement of any existing policy

确认与签名 Confirmation and signature

本人确认以上信息真实完整，并同意代理人据此为我准备投保方案、填写电子投保。正式申请以保险公司的申请书和我的电子签名为准。
I confirm the information above is true and complete, and I agree that my agent may use it to prepare a proposal and complete the electronic application. The carrier's application and my e-signature are what count.

签名 Signature

日期 Date

代理人姓名 · 代理人编号 Agent name · agent no.

日期 Date