3. 上述當事人是否已投保任一人壽保險單？
否 （轉至問題 4） 是 （請填寫以下有關保單之資料）

保險公司_____ 保單 _____

4. 上述當事人是否已投保醫療補助 (Medicaid) 或醫療保險 (Medicare) 之外的健康保險？
否 （轉至問題 5） 是 （請填寫以下有關保單之資料）

保險公司_____ 保單 _____

雇主或企業計劃之名稱與地址_____

_____

5. 上述當事人是否享有信託、地產或訴訟權益？
否（轉至問題 6） 是（請說明） _____

_____

_____

6. 上述當事人是否在過去 36 個月內出售、放棄或轉讓過任何現金、房地產或其他資產？
否（轉至問題 7） 是（請說明） _____

_____

_____

7. 許多當事人在其父母或配偶退休、患有傷殘或去世時可享有收入福利。請填寫以下適用項：

	母親	父親	配偶
退休日期	_____	_____	_____
傷殘日期	_____	_____	_____
去世日期	_____	_____	_____
去世地點	_____	_____	_____

就本人所知，上述由本人所提供之資訊完全正確且真實。

簽名_____ **日期**_____

與當事人之關係 _____

家庭電話 _____ **工作電話** _____