

員工/會員姓名：_____ 要保單位：_____ 保單號碼：1007508

被保險人姓名 (員工或家屬)	被保險人 身分證字號	與被保險員工關係	性別	年齡	身高(公分)	體重(公斤)

被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？(請勾選，若勾選是者，請提供手冊或證明。) 否 是

被保險人目前是否受有監護宣告？(請勾選，若勾選是者，請提供相關證明文件。) 否 是

■針對下列題號 1~10 所詢問之所有問題。(被保險人如勾選否，則無需再於下方逐項勾選。) 否

壽險部份	<p>【下列壽險部份告知事項，是否有為“是”者？】</p> <p>1. 過去二年內是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療？(亦可提供檢查報告代替回答)</p> <p>2. 最近二個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？</p> <p>3. 過去五年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？</p> <p>A. 高血壓症(指收縮壓 140mm 或舒張壓 90mm 以上)、狹心症、心肌梗塞、心肌肥厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤。</p> <p>B. 腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈硬化症、癲癇、肌肉萎縮症、重症肌無力、智能障礙(外表無法明顯判斷者)、巴金森氏症、精神病。</p> <p>C. 肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。 D. 肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GOT、GPT 值檢驗值有異常情形者)。</p> <p>E. 腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。 F. 視網膜剝離或出血、視神經病變。</p> <p>G. 癌症(惡性腫瘤)。 H. 血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症。</p> <p>I. 瘧疾、類風濕性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下。</p> <p>J. 紅斑性狼瘡、膠原症。 K. 愛滋病或愛滋病帶原。</p>	否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/>		
	<p>4. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？</p> <p>5. 過去一年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？</p> <p>A. 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。 B. 食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。</p> <p>C. 肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。 D. 慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。 E. 痛風、高血壓症。 F. 青光眼、白內障。</p>			
	<p>6. 目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？</p> <p>7. 被保險人為女性時，請回答下列問題：</p> <p>A. 過去一年內是否曾因患有乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血而接受醫師治療、診療或用藥？</p> <p>B. 是否已確知懷孕？如是，已經幾週？..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 週</p>			
	健康險部份	<p>【投保健康險者(含重大疾病險、防癌險、醫療險) 除壽險部份告知事項需勾選外，請另回答以下告知事項】</p> <p>8. 除上述所列之疾病外，現在及過去一年內是否仍患有下列疾病？</p> <p>A. 腦炎、腦膜炎、水腦症？</p> <p>B. 複視、角膜炎、葡萄膜炎、飛蚊症、梅尼爾氏症、內耳前庭神經炎、中耳炎、乳突炎、鼻竇炎、鼻中隔彎曲、鼻息肉？</p> <p>C. 肺炎、支氣管炎、肋膜炎、氣胸、咳血？</p> <p>D. 胃炎、膽結石、膽囊炎、痔瘡、便血、急慢性腸炎、痢疾？</p> <p>E. 泌尿系統結石、泌尿系統發炎、蛋白尿、血尿、骨盆腔發炎、攝護腺肥大/發炎、疝氣、陰道異常出血？</p> <p>F. 骨折、關節炎、椎間板突出、坐骨神經痛、人工裝置物、子宮脫出、運動神經原疾病、痙攣、硬皮症？</p> <p>G. 甲狀腺腫、蠶豆症、靜脈曲張、良性腫瘤？</p>	否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/>	
		傷害險部份	<p>【投保傷害險者請填寫】</p> <p>9. 在過去兩年內是否曾患有壽險部份粗體字加底線之疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？</p>	
			<p>10. 目前身體機能是否有下列障害(請勾選)？</p> <p>A. 失明。 B. 是否曾因眼科疾病或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥，且一目視力經矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表 O.3 以下。 C. 聾。 D. 是否曾因耳部疾病或傷害接受耳鼻喉科專科醫師治療、診療或用藥，且單耳聽力喪失程度在五十分貝(dB)以上。 E. 啞。 F. 咀嚼、吞嚥或言語機能障害。 G. 四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。</p>	否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/>

■上列問題中，若「是」，請註明問題號碼、病名、罹病時間、治療情形、醫院名稱及目前狀況於下：

■被保險人就上列告知事項應詳實告知，並應親自填寫，如違反誠實告知影響危險評估，依保險法第 64 條及第 25 條之規定，本公司得解除契約且無須退還所交之保費，保險事故發生後亦同，請特別注意。

■病歷、醫療及健康檢查個人資料蒐集、處理及利用告知暨同意事項：
 本公司依個人資料保護法第八條規定向您告知，基於執行人身保險業務需要，於保險法第一百七十七條之一第二項管理辦法規定之範圍內(包含轉送予與本公司有業務往來之再保險公司辦理核保或理賠業務)，經您書面同意後，就您的病歷、醫療及健康檢查個人資料為蒐集、處理及利用。凡依保險法令規定推廣人身保險活動、提供保險產品或服務、辦理申訴及爭議處理業務、辦理公司之內部控制、稽核業務及委外業務皆屬之。本公司僅會蒐集為上述作業而必要之個人資料，該資料會在前開蒐集目的存續期間及法令規定要求之期限內，僅會以電子檔案或紙本形式於我國境內被處理及利用。基於個人資料保護法之規定，您可以透過書面或致電本公司客戶服務專線(電話:0809-000-550)行使查詢、閱覽、複製、補充更正、停止蒐集、處理或利用及刪除之權利。若您選擇不提供個人資料或是提供不完全時，本公司將無法提供您完善的人身保險服務。
 被保險人如同意本公司依上開告知事項蒐集、處理及利用您的病歷、醫療及健康檢查等個人資料，請於下方欄位簽名以示同意。

被保險人簽名	法定代理人 (被保險人未滿 20 足歲，需其法定代理人簽名。)			填寫日期
	簽名	身分證號碼	與被保險人關係	
				年 月 日
單位：_____	保險經紀人/保險代理人：_____			要保單位 蓋章
業務人員簽名：_____	執業證書編號：_____			
登錄字號：_____				



■塗改處請被保險人務必簽名