

泰安產物團體健康暨傷害保險要保書健康告知聲明書

本健康告知聲明書附於要保書並構成保險契約之一部份

保單號碼：

要保單位：

被保險人姓名：

身分證字號：

依保險法第 64 條規定，要保人及被保險人應詳實告知，並應親自填寫要保書，如違反誠實告知而影響危險評估，則保險公司得解除契約且無須退還所交之保險費，保險事故發生後亦同，請特別注意。

依保險法第 127 條規定，保險契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，保險人對是項疾病或分娩，不負給付保險金額之責任。

被保險人 身高/ 體重	_____公分 _____公斤
工作內容 (含兼職)	

投保健康保險者，請回答第1至8項。 投保傷害保險者，請回答第 9、10 項。	是	否
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？(亦可提供檢查報告以供參考)	☐	☐
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？	☐	☐
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？ ①高血壓症(指收縮壓140mmHg或舒張壓90mmHg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。②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。③肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。④肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GOT、GPT值超過35 IU/L以上)。⑤腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。⑥視網膜出血或剝離、視神經病變。⑦癌症(惡性腫瘤)。⑧血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症。⑨糖尿病、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。⑩紅斑性狼瘡、膠原症。(11)愛滋病或愛滋病帶原。	☐	☐
4、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？ ①酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。②食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。③肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。④慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。⑤痛風、高血脂症。⑥青光眼、白內障。	☐	☐
5、目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害。	☐	☐
6、過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？	☐	☐
7、過去一年內是否曾患有乳腺炎、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？（女性被保險人回答）	☐	☐
8、是否已確知懷孕?如是，已經幾週?_____週（女性被保險人回答）	☐	☐
9、過去二年內是否曾因患有以下疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？ ①高血壓症(指收縮壓140mmHg或舒張壓90mmHg以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。②腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、癲癇、智能障礙（外表無法明顯判斷者）、精神病、巴金森氏症。③癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病。④糖尿病。⑤酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。⑥視網膜出血或剝離、視神經病變。	☐	☐
10、目前身體機能是否有下列障害？ ①失明。②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0.3以下。③聾。④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。⑤啞。⑥咀嚼、吞嚥或言語機能障害。⑦四肢(手指、足趾)缺損或畸形。	☐	☐
※ 上列問題中，若答「是」，請註明題號、病名、就診大約時間、治療情形、醫院名稱及目前狀況於下： _____ _____ _____ _____		

被保險人聲明事項

- (一) 本人(被保險人) 同意 貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- (二) 本人(被保險人、要保人) 同意 貴公司將本要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。
- (三) 本人(要保人) 已審閱並瞭解 貴公司所提供之「投保須知」，另依「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，本人已瞭解 貴公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。
- (四) 本人(被保險人、要保人) 同意 貴公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。
- (五) 本人(被保險人、要保人) 已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保 貴公司二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知 貴公司有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而 貴公司仍承保者，貴公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知 貴公司者，同意 貴公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任。

被保險人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____

(被保險人未滿 20 足歲者，請法定代理人簽名)

申請日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日