

被保險人健康告知事項

※投保連結全民健康保險重大傷病範圍者，請填寫一至十項、十三項及重要事項告知書

十三、過去兩年內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥後仍因同一傷病而被要求做以下的檢驗或檢查？(亦可提供病歷或檢查報告)..... 1.六個月內有二次或二次以上的X光或超音波或血液檢查。2.細胞學或內視鏡或核磁共振或電腦斷層檢查或正子攝影檢查。3.肌電圖或神經傳導檢查。

※投保長期照顧保險者，請填寫一、十四、十五及十六項

十四、是否有第二、三、六、七項及第四、五項劃底線之情事?(女性含第九項第1點劃底線之情事及第2點)..... 十五、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?..... 阿茲海默氏病、退化性關節炎、骨質疏鬆症、失智症、退化性脊椎炎，伴有脊髓病變者，椎間盤疾患，伴有脊髓病變者、脊椎狹窄、外傷脊椎病變、脊椎腫瘤。

※附加家屬附約者填寫

十七、家屬附約被保險人是否有上述二至十二項各欄告知情形(女性含第九項)?.....

※附加要保人豁免保費附約者填寫(要保人與主契約被保險人為不同一人時，本問項請務必填寫)

十八、要保人身高:.....公分 體重:.....公斤 詳細工作內容:..... 是否有上述二至十二項各欄告知情形(女性含第九項)?.....

上述第一至十七項問題中，如有告知為「是」者，請於下方表格詳細說明

Table with 4 columns: 被保險人姓名, A、症狀病名, 就診或檢驗及住院大約期間, B、醫院名稱(有地址、病歷號碼者加註), C、治療及結果

履行個人資料保護法告知義務內容

遠雄人壽保險事業股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項及第九條第一項規定，向 台端告知下列事項，敬請 台端詳閱：

一、蒐集之目的：人身保險(001)、行銷(包含金融控共同行銷業務)(040)、金融服務業依法令規定及金融監理需要，所為之蒐集處理及利用(059)、金融爭議處理(060)、金融監督、管理與檢查(061)、非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集處理及利用(063)、保險監理(066)、契約、類似契約或其他法律關係事務(069)、旅外國人急難救助(085)、消費者、客戶管理與服務(090)、消費者保護(091)、會計與相關服務(129)、網路購物及其他電子商務服務(148)、輔助性與後勤支援管理(150)、調查、統計與研究分析(157)、其他金融管理業務(177)、其他經營合於營業登記目的或組織章程所定之業務(181)等合理關連之特定目的。

二、蒐集之個人資料類別：(一)識別類：1.辨識個人者：如姓名、職稱、住址、電話、電子郵件地址、網際網路協定(IP)及其他任何可辨識資料本人者等。2.辨識財務者：如金融機構帳戶之號碼與姓名、信用卡或簽帳卡之號碼等。3.政府資料中之辨識者：如身分證統一編號、統一證號、殘障手冊號碼、證照號碼、護照號碼等。(二)特徵類：1.個人描述：如年齡、性別、出生年月日等。2.身體描述：如身高、體重等。3.習慣：如抽煙、喝酒等。(三)家庭情形：如結婚有無、家庭成員之細節等。(四)社會情況：如所有或具有其他權利之動產或不動產之價值等、意外或其他事故及有關情形等。(五)教育、考選、技術或其他專業：如學校紀錄等。(六)受僱情形：如現行之受僱情形等。(七)財務細節：如收入、所得、資產與投資、負債與支出、外匯交易紀錄、票據信用、保險細節等。(八)健康與其他：如醫療報告、治療與診斷紀錄、檢驗結果、身心障礙手冊證明資料等。(九)其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容。

三、個人資料之來源：(一)要保人(二)當事人之法定代理人、輔助人(三)各醫療院所(四)與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。

四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式：(一)期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。(二)對象：本(分)公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、財團法人金融法制暨犯罪防制中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司有業務往來之公司(如：再保業務、金融機構、保經代公司)、依法有調查權機關或金融監理單位。(三)地區：上述對象所在之地區。(四)方式：合於法令規定之利用方式。

五、依據個資法第三條規定，台端就本公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式：(一)得向本公司行使之權利：1.向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。2.向本公司請求補充或更正。3.向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。(二)行使權利之方式：台端得以書面(包含電子郵件、傳真、電子文件)，或至本公司各服務中心，或透過免費客戶服務專線(0800-083-083)行使權利。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響：

台端若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

立同意書人(以下簡稱本人)同意 貴公司於符合告知事項之目的範圍內，得依據個人資料保護法及保險法第一百七十七條之一第二項管理辦法等相關法令所規定之範圍內(包含轉送予有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務)，蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查個人資料。

聲明事項

- 一、本人(被保險人)同意遠雄人壽保險事業股份有限公司(以下簡稱遠雄人壽)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)同意遠雄人壽將本聲明書上所列本人資料轉送產、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(被保險人、要保人)同意遠雄人壽就本人之個人資料，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。
四、具有保費調整機制之健康險適用：
本人(要保人)已知悉並明瞭該條款中所載續期保費的調整係指遠雄人壽依實際經驗損失率達到調整保費之標準時，本公司依條款約定調整該商品之保險費率，每次調整後之新費率以不超過原費率的百分之二十為限；新費率之調整於下一保單年度始日之三個月前以書面通知要保人，並自下一保單年度起採用新費率計收保險費，但不得針對被保險人身體狀況調整之。如要保人不同意新費率，應於下一保單年度始日之一個月前，以書面通知遠雄人壽，本險之住院醫療保險金日額於下一保單年度始日零時調整為新費率所對應之住院醫療保險金日額。

要保人簽章：張小美 要保人親自簽名 被保險人配偶簽章：.....

被保險人簽章：張小美 被保人親自簽名 填寫申請日期 被保險人子女簽章：.....

法定代理人簽章：見證人簽名並填寫登錄證字號或員工編號 中華民國 114 年 1 月 11 日 代理人代簽；七歲以上或受輔助宣告者，由本人親簽；

見證人聲明：本次辦理係確實親自會晤要保人及法定代理人，且本申請書各欄之簽名皆為本人親自簽字屬實，檢附之影本證件已核對與正本相符，如有虛偽不實本人願負法律責任。

見證人簽章：陳大雄 登錄證字號或員工編號：010***8870