

保單號碼		要保單位		與被保險人（員工/會員）關係			☐ 本人	☐ 本人配偶
							☐ 本人子女	☐ 本人父母
被保險本人姓名	出生日期	身份證字號	編號	配偶姓名	子女 1 姓名	子女 2 姓名	父親姓名	母親姓名

【被保險人健康告知事項】
※要保人及被保險人對於告知事項詢問，應據實說明，並親自填寫清楚，如為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，依保險法第六十四條規定，本公司得解除契約。保險事故發生後亦同。
※投保健康險者，依保險法第一百二十七條：「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」。

被保險人目前身高、體重	本 人	配 偶	子 女 1	子 女 2	父 親	母 親
	公分	公分	公分	公分	公分	公分
	公斤	公斤	公斤	公斤	公斤	公斤

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

投保 壽險 或 健康保險 者請勾選	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否
-------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

一、過去兩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）	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

二、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？	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

三、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？						
---------------------------------	--	--	--	--	--	--

(一)高血壓症（指收縮壓 140mmHg 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。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(二)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。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(三)肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(四)肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常（GPT、GOT 值檢驗值有異常情形者）。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(五)腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
----------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(六)視網膜剝離或出血、視神經病變。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(七)癌症（惡性腫瘤）。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(八)血友病、白血病、貧血（再生不良性貧血、地中海型貧血）、紫斑症。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(九)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。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(十)紅斑性狼瘡、膠原症、愛滋病或愛滋病帶原。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

四、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？						
---------------------------------	--	--	--	--	--	--

(一)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症、食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(二)肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸、慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(三)痛風、高血脂症、青光眼、白內障。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
---------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(四)乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血。（女性被保險人請回答）	☐	☐	☐	☐	☐	☐
---------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

五、目前是否已確知懷孕？如是，（已懷孕_____週）（女性被保險人請回答）	☐	☐	☐	☐	☐	☐
---------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

六、過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？	☐	☐	☐	☐	☐	☐
---------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

七、目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

投保 傷害險 者請勾選	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否
-------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

八、過去二年內是否曾因患有第三、四項底線標示之疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

九、目前身體機能是否有下列障害？						
------------------	--	--	--	--	--	--

(一)失明、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○．三以下。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(二)聾、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、啞、咀嚼、吞嚥或言語機能障害。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(三)四肢（含手指、足趾）缺損或畸形。	☐	☐	☐	☐	☐	☐
---------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

上述任何一項勾選『是』者，請標明題號，並將病狀病名、就診或檢驗及住院大約時間、醫院名稱、治療及結果說明於下：

【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（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。

被保險人親簽：（本人）_____ /（配偶）_____ /（子女 1）_____
_____ /（子女 2）_____ /（父親）_____ /（母親）_____

未成年法定代理人親簽：_____ 中華民國_____年_____月_____日

要保單位及負責人蓋章	
------------	--

保險公司 核 保 欄	審核結果說明： ☐ 檢附問卷 ☐ 檢附除外同意書 ☐ 其他：	保險公司 經辦	
---------------	--	------------	--