

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。」

[illegible]

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，不得僅以開闢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
經辦

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
-------------	--	------------