

被保險人健康聲明書



保單號碼：_____ 被保險人：_____

申請項目：附加附約 復效 增加保額 其他：_____

被保險人其他資料：

1、是否曾經投保人身保險或保單申請復效時，被拒保、延期、加費承保、削額給付或附加條件承保情形？.....是 否

2、是否正申請他家保險公司之人身保險？若是，請說明公司名稱、險種及保額。.....是 否

3、是否投保其他商業實支實付傷害醫療保險或實支實付型醫療保險？若是，請說明公司名稱、險種及保額。.....是 否

4、是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？若是，請提供手冊或證明。.....是 否

上述第1-4項若為「是」者，請說明

5、(投保連結全民健康保險重大傷病範圍者填寫)被保險人是否參加全民健康保險？.....是 否

6、被保險人(含家屬附約及豁免保險費附約)目前是否受有監護宣告？

否：本契約被保險人(含配偶、子女、豁免保險費附約之被保險人)目前皆未受有監護宣告。

是：本契約被保險人(含配偶、子女、豁免保險費附約之被保險人)之任一被保險人目前受有監護宣告，與主被保險人關係及姓名勾填如下，並請提供相關證明文件。

被保險人本人 豁免保險費附約之被保險人 配偶 子女，姓名：_____

※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，不負給付保險金之責任」。

被保險人健康告知事項

一、被保險人姓名	身高(公分)	體重(公斤)	詳細工作內容	兼(副)業	職業類別	是 否
					第_____級	
					第_____級	
					第_____級	

二、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).....

三、最近二個月是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？.....

四、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、心肌病變、不整脈、頻脈(100 次以上/分鐘)、徐脈(45 次以下/分鐘)、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤、心房心室中隔缺損、僧帽瓣狹窄或閉鎖不全、主動脈瓣狹窄或閉鎖不全、主動脈或肺動脈狹窄、法洛氏四重症、開放性動脈導管？2. 腦中風、腦出血、暫時性腦缺血、腦栓塞、腦梗塞、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈血管畸形、多發性硬化症、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、脊椎病變、精神病？3. 肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核、慢性阻塞性肺病？4. 肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GPT、GOT、膽紅素、鹼性磷酸酶、a-FP、r-GT 異於檢驗標準值者)？5. 腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞、腎結石、尿路結石、視網膜出血或剝離、視神經病變？6. 癌症(惡性腫瘤)？7. 血友病、白血血病、貧血、紫斑症、紅斑性狼瘡、膠原症、愛滋病或愛滋病帶原？8. 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？

五、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. 眩暈症、腦震盪、肢體性麻痺、青光眼、白內障、痛風、高血脂症、酒精或藥物濫用成癮？2. 肝脾腫大、肝膿瘍、肝炎病毒帶原、黃疸、膽結石、食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎、便血、腸阻塞？3. 慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞、氣胸、肋膜炎、咳血、白血球增生、淋巴腺腫大、甲狀腺腫大？4. 口腔白斑或纖維化或潰瘍、不明皮膚色素沈澱、體重減輕超過10%以上？

六、目前身體機能是否失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？.....

七、過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？.....

八、過去二年內是否曾被診斷有口腔黏膜下纖維化症、口腔黏膜(紅)白斑症、疣狀增生及口腔潰瘍、口內或頸部腫塊？.....

※女性健告

九、1. 過去一年內曾有乳腺炎、乳漏症、骨盆腔炎、子宮內膜異位症、子宮頸炎、子宮頸抹片檢查異常、陰道異常出血，而接受醫師治療、診療或用藥？.....

2. 是否已確知懷孕？如是，已經_____週？.....

※投保健康險主、附約者，請填寫一至十項

十、過去一年內是否曾診斷患有下列疾病？.....

腦性麻痺、腦炎、腦膜炎、震顫、神經麻痺、白內障、青光眼、中耳炎、梅尼爾氏症、耳性眩暈症、重聽、胸廓畸形、疝氣、椎間板突出、胸膜炎、腹水腫、下肢水腫、靜脈炎、靜脈曲張、浮腫、息肉、各種腫瘤、胃炎、尿道炎、中樞神經機能障礙、吸食或注射鎮靜劑或安眠藥或安非他命、酒精或藥物中毒、淋病、梅毒、蠱豆症、舞蹈症、鼻竇炎、鼻中隔彎曲、關節炎、前列腺肥大或發炎、蜂窩組織炎、神經炎。

※投保傷害險附約者，請填寫一至九及十一、十二項

十一、過去二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、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、癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病、糖尿病、酒精或藥物濫用成癮、眩暈症、視網膜出血或剝離、視神經病變？

十二、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○·三以下。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(含手指、足趾)缺損或畸形。

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，請填寫一~十及十四、十五項

十四、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

十五、過去一年內是否曾因患有運動神經元疾病而接受醫師治療、診療或用藥？

※附加家屬附約者填寫

十六、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

十七、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)、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)、保險監理(066)、旅外國人急難救助(085)、消費者、客戶管理與服務(090)、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：以 台端與本公司往來之業務及契約書、授權書及申請書等所列，包括姓名、身分證統一編號、聯絡方式、病歷、醫療、健康檢查等必要個人資料類別為限。

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、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之再保險公司、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、處理及利用及請求刪除。(二)行使權利之方式：台端得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。

四、實支實付型傷害醫療保險及實支實付型醫療保險適用：

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遠雄人壽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遠雄人壽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，而遠雄人壽仍承保者，遠雄人壽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遠雄人壽者，同意遠雄人壽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，但實支實付醫療保險遠雄人壽應以「日額」方式給付。

五、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之百分之二十為限；新費率之調整於下一保單年度始日之二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：_____

(請依留存本公司簽章樣式親自簽章)

被保險人配偶簽章：_____

(請依留存本公司簽章樣式親自簽章)

被保險人簽章：_____

(請依留存本公司簽章樣式親自簽章)

被保險人子女簽章：_____

(請依留存本公司簽章樣式親自簽章)

法定代理人簽名：_____ 關係：_____ 中華民國_____年_____月_____日

(要、被保險人為未成年或受監護或受輔助宣告人時，需其法定代理人親簽確認)

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：_____

登錄證字號或員工編號：_____