



團體保險被保險人投保申請表暨健康告知聲明書(A)

※備查文號：中華民國 107 年 12 月 7 日台壽字第 1072610163 號

一、基本資料：為確保資料的正確性，被保險人各欄資料請以正楷填寫，如有塗改處請簽章確認。

| 要保單位： | | 分公司或部室別/代號： | | | | 員工代號： | | | | | |
|--------------|----|-------------|---------------|--------|----|-------|---------------|--|----------------------|-------|----|
| 被保險人 (身分) | 姓名 | 身分證字號 | 出生(民國) 年月日 | 外籍人士填寫 | | 計畫別 | 工作內容 (含兼業) | 目前 是否 受有 監護 宣告 | 身故保險金或喪葬費用 保險金受益人 | | |
| | | | | 性別 | 國籍 | | | | 姓名 | 身分證字號 | 關係 |
| 本人 | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | |
| 配偶 | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | |
| 子女 (1) | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | |
| 子女 (2) | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | |
| 父親 | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | |
| 母親 | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | |

*被保險人目前受有監護宣告(勾選是者)，請提供相關證明文件。

*身故保險金或喪葬費用保險金受益人以被保險人家屬或法定繼承人為限。

*受益人指定二人以上，除特別指定比例或順位給付方式外，由該項保險金之所有受益人平均分配。

| | | | |
|-------------|---|------|--|
| 受益人 聯絡方式 | *受益人指定如為身分別之指定，及如有要保人不同意填寫或未填寫受益人之聯絡地址及電話，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。 | | |
| 姓名 | 聯絡電話 | 聯絡地址 | |
| () | | □□□ | |
| () | | □□□ | |

二、告知事項 (如僅投保傷害險者，免填本告知事項)

*被保險人應據實告知並親自填寫，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以影響本公司對於危險之估計，本公司得依保險法第六十四條規定解除本保險契約，保險事故發生後亦同。

| 被保險人健康告知事項 | 本人 | 配偶 | 子女(1) | 子女(2) | 父親 | 母親 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 身 高(公分) | 公分 | 公分 | 公分 | 公分 | 公分 | 公分 | 公分 |
| 體 重(公斤) | 公斤 | 公斤 | 公斤 | 公斤 | 公斤 | 公斤 | 公斤 |
| 請依被保險人身分別親自回答 下列第 1~7 項是否有告知為 「是」之情事？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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？(亦可提供檢查報告代替回答)

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)、帕金森氏症、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(肝功能檢驗值異於檢驗標準的正常值)。(5)腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。(6)視網膜剝離或出血、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。

【請續填後頁】

| |
|---|
| 4. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？ |
| 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。(7)乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血(女性被保險人回答)。 |
| 7. 是否已確知懷孕？如是，已經幾週？(女性被保險人回答) |
| 以上詢問各項如答覆「是」，請在本欄詳細註明被保險人姓名、診斷病名(部位及程度)、診治日期、醫院名稱、治療情形及現在狀況： |

三、聲明事項：

1. 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。
2. 本人(被保險人)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。
3. 本人(被保險人)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。
4. 實支實付型傷害醫療保險適用: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台灣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台灣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，而台灣人壽仍承保者，台灣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台灣人壽者，同意台灣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。
5. 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台灣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台灣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，而台灣人壽仍承保者，台灣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台灣人壽者，同意台灣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，但台灣人壽應以「日額」方式給付。

此致

台灣人壽保險股份有限公司

被保險人【本人】簽章：_____ 被保險人【配偶】簽章：_____

被保險人【子女(1)】簽章：_____ 被保險人【子女(2)】簽章：_____

被保險人【父親】簽章：_____ 被保險人【母親】簽章：_____

被保險人【 】簽章：_____

被保險人未滿 20 足歲或已受有監護宣告尚未撤銷者，需其法定代理人簽章：_____ 關係：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

| 審查意見 | 受理 |
|--|----|
| <input type="checkbox"/> 標準體承保 <input type="checkbox"/> 婉拒承保 <input type="checkbox"/> 被保險人(姓名) _____ 以 _____ 及其併發症除外承保 <input type="checkbox"/> | |
| 審查人員/日期： | |