

要、被保險人暨家庭成員健康告知書

保單號碼: _____

一. 被保險人基本資料					
被保險人姓名					
身分證字號					
身高/體重	公分 公斤	公分 公斤	公分 公斤	公分 公斤	公分 公斤
工作內容/兼職					
是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選)?	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是,請提供手冊或證明	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是,請提供手冊或證明	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是,請提供手冊或證明	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是,請提供手冊或證明	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是,請提供手冊或證明
目前是否受有監護宣告(請勾選)?	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是,請提供相關證明文件	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是,請提供手冊或證明	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是,請提供手冊或證明	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是,請提供手冊或證明	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是,請提供手冊或證明
家族病史	投保台灣人壽寵愛女人終身保險時,請填寫本欄問項:家族中是否曾患有告知事項第15項之疾病? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 疾病名稱: _____。				

二. 要、被保險人暨家庭成員健康告知事項
 ※要保人與被保險人應據實告知並親自填寫,如有隱匿、遺漏或不實之說明,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。
 ※依保險法第一百二十七條,健康保險契約訂立時,被保險人已在疾病或妊娠情況中者,本公司對是項疾病或分娩,不負保險金給付之責任。

第1-16項回答..... 是 否

壽險部分	<p>1. 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)</p> <p>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?</p> <p>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? 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、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、肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核、肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GOT、GPT 值檢驗值有異常情形者)、腎臟炎、腎病候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞、視網膜剝離或出血、視神經病變、)癌症(惡性腫瘤)、血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症、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、紅斑性狼瘡、膠原症、愛滋病或愛滋病毒帶原。</p> <p>4. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上?</p> <p>5. 目前身體機能是否有失明、聾啞或言語、咀嚼、四肢機能障害?</p> <p>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? 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、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、痛風、高血脂症青光眼、白內障、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)。</p> <p>7. 是否已確知懷孕?如是,已經 _____ 週(女性被保險人回答)。</p>	寵愛女人	<p>※投保「台灣人壽寵愛女人終身保險」時,除壽險部分告知事項需勾選外,請另外回答以下告知事項:</p> <p>13. 過去一年內是否曾患有乳房疾病或生殖器官疾病而接受醫師治療、診療或用藥?</p> <p>14. 是否曾患有妊娠期併發症(子宮外孕、子癩前症、子癩症)?</p> <p>15. 被保險女性本人是否曾患有下列疾病? 巴陶氏症、愛德華氏症、唐氏症、貓哭症候群、貓眼症候群、脊柱裂、腦膨出、脊髓脊膜膨出、先天性水腦症、腦性麻痺、苯酮尿症、高胱氨酸尿症、半乳糖血症、黏多醣症、肝醣貯積症第二型、威爾遜氏病、白胺酸代謝異常、高血氣症、血友病、重症β地中海型貧血、重症α地中海型貧血、先天性腎上腺增生症、楓糖漿尿症、中鏈醣輔酶A去氫酶缺乏症、戊二酸血症第一型、異戊酸血症、甲基丙二酸血症、先天性甲狀腺低能症、先天性食道閉鎖合併有或無氣管食道瘻管、先天性膽道閉鎖、先天性無肛症、橫膈膜疝脫、心室中隔缺損、開放性動脈導管、心房中隔缺損、肺動脈瓣膜狹窄、主動脈瓣膜狹窄、法洛氏四合症、大動脈轉位、三尖瓣閉鎖、主動脈弓縮窄、左心發育不全症、右心室發育不全症、單心室、全肺靜脈回流異常、永久動脈幹、Ebstein氏畸形、軟骨發育不全症、成骨發育不全症、先天性泛重體低下症、纖維性囊腫、瓦登伯革氏症候群、發展性髖關節發育不良、先天複合性免疫缺乏症、先天性耳聾、先天性失明、唇顎裂、極輕體重兒(出生當時體重不超過1,000公克)。</p>
	<p>※投保長期照顧險時,除壽險部分告知事項需勾選外,請另外回答以下告知事項:</p> <p>8. 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。</p> <p>9. 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? 運動神經元疾病。</p>	重大傷病險部分	<p>※投保連結「全民健康保險重大傷病範圍」健康險時,除壽險部份及健康險部份告知事項需勾選外,請另外回答以下告知事項:</p> <p>16. 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。</p>
健康險部分	<p>※投保健康險主、附約(重大疾病險、特定傷病險、防癌險、醫療險及豁免保險費保險附約)時,除壽險部分告知事項需勾選外,請另外回答以下告知事項:</p> <p>10. 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) 腦炎、腦膜炎、多汗症、鼻竇炎、鼻中膈彎曲、支氣管炎、飛蚊症、痔瘡、肛門瘻管、川崎氏症、骨質疏鬆症、亨廷頓氏症、唐氏症、唇顎裂、頭部外傷、腎上腺皮質機能亢進或低下、心臟傳導性疾病、心臟瓣膜缺損、氣胸、大腸躁動症、泌尿道感染、風濕症、四肢麻痺及浮腫、白血球增多症、椎間盤突出症、單核白血球增多症、B型肝炎帶原、肺炎、膽結石、尿路結石、肝內結石、肝腫大、大腸息肉、骨盆腔炎、中耳炎、不明原因發燒超過二週、進行性肌萎縮、硬皮症、卵巢炎、輸卵管炎、前列腺肥大或發炎、慢性胃炎、子宮頸糜爛、子宮脫出、疝氣、腦挫傷、腦震盪。 (2) 被保險人若為二歲以下幼兒填寫本項:出生時是否為低體重兒(2500公克以下),若是請說明出生時身高: _____ 公分、體重: _____ 公克,有無住保溫箱?其天數為何?(亦可提供兒童健康手冊代替回答)</p>	糖糖人生	<p>※投保「台灣人壽糖糖人生定期醫療保險A/B型」時,除壽險部分及健康險部分告知事項需勾選外,請另外回答以下告知事項:</p> <p>17. 糖尿病別(請勾選): <input type="checkbox"/>第1型糖尿病 <input type="checkbox"/>第2型糖尿病 <input type="checkbox"/>型別不確定之糖尿病。 ※若為不確定型別之糖尿病時,請另外回答告知事項17-19項或自行提供就診病歷,俾利本公司核保評估。</p> <p>18. 糖尿病發現年齡: _____。</p> <p>19. 糖尿病治療方式(可複選): <input type="checkbox"/>注射胰島素 <input type="checkbox"/>口服降血糖藥物。</p> <p>20. 是否因糖尿病領取重大傷病卡?..... <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p>
傷害險部分	<p>※投保傷害保險主、附約時,請回答以下告知事項:</p> <p>11. 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? 高血壓症(指收縮壓 140mmHg 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、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、帕金森氏症、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。</p> <p>12. 目前身體機能是否有下列障害(請勾選): 失明、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0.3以下、聾、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50分貝(dB)以上、啞、咀嚼、吞嚥或言語機能障害、四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。</p>		<p>以上詢問各項如答覆「是」,請在本欄詳細註明傷病名稱、就診大約日期、醫院名稱與所在地、治療情形及現在狀況。</p>



三、投保紀錄 (限台灣人壽依保單條款約定須檢附醫療費用收據正本之實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險商品適用)			
被保險人是否已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? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 請填下欄:			
姓名	保險公司名稱	投保日期(年/月/日)	投保內容
			<input type="checkbox"/> 實支實付型傷害醫療保險:保額_____元
			<input type="checkbox"/> 實支實付型醫療保險:保額_____元
			<input type="checkbox"/> 實支實付型傷害醫療保險:保額_____元
			<input type="checkbox"/> 實支實付型醫療保險:保額_____元

※蒐集、處理及利用個人資料告知事項
 台灣人壽保險股份有限公司(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(間接蒐集者為個資法第九條第一項)規定,向 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

1. **蒐集之目的**:本公司依法務部公告「個人資料保護法之特定目的及個人資料之識別」,並參酌本公司行業特性以人身保險業務(001)及其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(181)為特定目的之個人資料蒐集、處理及利用。

2. **蒐集之個人資料類別**:要保人、被保險人、受益人、其他關係人之姓名、地址、電話、身分證統一編號、出生年月日、職業、電子郵件、金融機構帳戶、保單號碼、保單細節及本公司各類業務所需文件、表單或申請書內容,及被保險人之病歷、醫療、健康檢查等個人資料。

3. **個人資料之來源**(經本公司間接取得之個人資料適用):**(1)直接取得**。**(2)間接取得**:要保人、當事人之法定代理人及輔助人、各醫療院所、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。**4.個人資料利用之期間、對象、地區、方式**:
(1)期間:依本公司因執行業務所必須之保存期間及依法令規定應為保存之期間。**(2)對象**:本(分)公司及本公司海外分支機構、合作推廣公司、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、與本公司有再保險業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關、財團法人保險犯罪防制中心、海外急難救助公司。**(3)地區**:上述對象之所在地區。**(4)方式**:合於法令規定之利用方式。

5. **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**:
(1)得向本公司行使之權利:A、向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。B、向本公司請求補充或更正。C、向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。**(2)行使權利之方式**:以書面或撥打本公司 0800-099850或(02)81705156 客服專線方式。

6. **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 台端完善的人身保險及其他經主管機關核准之服務。

【重要事項告知書】
(投保連結「全民健康保險重大傷病範圍」之健康保險者填寫,並請勾選:被保險人是否參加全民健康保險? 是 否)

※被保險人須具備有效的全民健康保險被保險人身份,才能向「全民健康保險保險人」申請重大傷病證明;取得證明後,始得向本公司申請重大傷病保險金。
 ※被保險人經醫師首次診斷為重大傷病,並取得「全民健康保險保險人」核發之重大傷病證明,才符合重大傷病保險金申領資格。
 ※被保險人於投保前曾經取得或投保時正在申請全民健康保險保險人核定重大傷病證明者,或投保前曾經符合屬由診治醫師逕行認定,免向全民健康保險保險人申請重大傷病證明,而得免除全民健保部分負擔之資格者,本公司不負給付「重大傷病保險金」的責任。
 ※本險重大傷病範圍為「全民健康保險重大傷病範圍」,但不包含以下項目:
 (1)先天性凝血因子異常。
 (2)先天性新陳代謝異常疾病。
 (3)心、肺、胃腸、腎臟、神經、骨骼系統等之先天性畸形及染色體異常。
 (4)先天性免疫不全症。
 (5)職業病。
 (6)先天性肌肉萎縮症。
 (7)外皮之先天畸形。
 (8)早產兒所引起之神經、肌肉、骨骼、心臟、肺臟等之併發症。

本人已確實審閱及瞭解其內容。
 (請務必在審閱上述告知事項後,於本項前內打勾)
 ◎當您已確實且充分瞭解以上說明並願意投保時,請親自書寫「同意投保」字樣於下方空白處。

確認欄

要保人簽名: _____

簽名欄

法定代理人簽名: _____

簽名注意事項:
 1. 請親自簽名,不識字或身體障礙無法簽名者,請本人蓋用印章代之。
 2. 若要保人、被保險人為未滿七足歲之未成年人,由法定代理人代為簽名;未滿20足歲之未成年人或已受有監護宣告尚未撤銷者,須其法定代理人簽名。

※要保人與被保險人聲明事項:

一、本人(被保險人)同意台灣人壽得蒐集、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)同意台灣人壽將本聲明書上所载本人資料轉送產、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)同意台灣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、1. **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。

2. **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。

五、本人(要、被保險人及法定代理人)已詳細閱讀與瞭解「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」,並同意台灣人壽保險股份有限公司就本人之個人資料,於法定範圍內,有為蒐集、處理及利用之權利。

此致
台灣人壽保險股份有限公司

※以下簽名應由要/被保險人本人親自為之且簽章樣式需與要保書件相同;如為七足歲以下子女由法定代理人代簽,如未滿法定年齡二十歲者或已受有監護宣告尚未撤銷者,應由法定代理人簽章確認;要保人、被保險人及法定代理人簽章樣式與原要保書件不符時,須同時辦理變更簽章樣式。

要保人簽章	被保險人簽章	被保險人配偶簽章	被保險人子女簽章	法定代理人簽章	申請日期
					年 月 日
				身分證字號: _____	關係: _____
代收區號	受理(業務)人員簽名	登錄證字號/執業證號	覆核主管簽名	保經/保代簽署人章	台灣人壽受理章
	*本人已確認及核對客戶身分與身分證文件相符並親晤要保人/被保險人/法定代理人親自簽章辦理。	行動電話			

