



團體保險被保險人告知及健康聲明書

團體保單號碼：

要保單位：

被保險人	身分證字號	出生日期	工作性質	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
身高	公分	體重	公斤	被保險人	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 (請複選)		
眷屬姓名	關係	身分證字號	出生日期	工作性質	身高/體重		
	配偶						
	子女						
被保險人本人及家屬投保記錄	姓名	公司名稱	壽險保額	傷害險保額	醫療險保額	實支實付型醫療	投保日期
						住院醫療： <input type="checkbox"/> 已投保 <input type="checkbox"/> 未投保	傷害醫療： <input type="checkbox"/> 已投保 <input type="checkbox"/> 未投保

要保人及被保險人對下列告知事項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。	是	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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.最近兩個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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)、巴金森氏症、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(異於檢驗單位所提供之正常值)。 (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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.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)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.目前身體機能狀況是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.目前身體機能是否有下列障害:(投保傷害保險者回答,若勾選為是者請標明序號) (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 0.3 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 50 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.您的配偶或子女、父母如有申請投保本保單時,則請回答:是否有上述 1.~7.項之情事?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

以上各項答覆為「是」時，請註明號數並詳細說明，如有診察治療記錄，請將詳細資料載於下欄

號數	姓名	傷病名稱	就診大約日期	醫院名稱	病歷號碼	治療情形(門診或手術名稱、住院期間)	現在狀況

茲向 貴公司申請投保本保險，要保人及被保險人同意 貴公司得查閱被保險人相關之醫療記錄、病歷資料及投保記錄，並得對要保人及被保險人的個人資料從事蒐集、電腦處理、轉送公會建立電腦連線資料或國際傳遞及利用，特此聲明。 此 致

國寶人壽保險股份有限公司

審核欄		
核定	覆核	初核

要保單位 _____ 簽章
 被保險人 _____ 簽章
 被保險人眷屬 _____ 簽章
 未成年者其
 法定代理人 _____ 簽章