

範例-請勿取走

保單號碼

國泰人壽團體保險投保申請書暨健康告知聲明書

中華民國 102 年 3 月 1 日國壽字第 102030032 號備查

中華民國 109 年 8 月 1 日國壽字第 109080003 號備查

※本投保申請書暨健康告知聲明書係附於並構成「國泰人壽團體保險要保書(A式)」之一部分。

壹、被保險人基本資料

要保單位：**彰化基督教醫院職工福利委員會**

員工編號：**12345** 地址：**彰化縣彰化市中山路二段123號** 手機號碼：**0919565656**

E-Mail 信箱：**uu@ms01.hinet.net**

身故保險金或喪葬費用保險金受益人

被保險人	姓名	出生年月日 身分證字號	職業 工作內容	投保等級	身故保險金或喪葬費用保險金受益人		
					姓名	身分證號碼	與被保人關係 聯絡地址
本人	李爸爸	660101 A123456789		等級 03			
配偶	李媽媽	690101 A223456790		等級 03			
子女	李小明	950101 A125456789		等級 01			
子女	李小薇	990101 A225456790		等級 01			
監護宣告及身心障礙詢問		1. 以上被保險人是否有領取身心障礙手冊或有身心障礙證明者？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 2. 被保人是否有受監護宣告者？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，凡勾選有者，請填寫姓名及提供證明文件。姓名：					
投保同業醫療險狀況 (含日額或實支實付給付擇一)		1. 以上被保險人是否有投保同業實支實付型醫療險？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，姓名： 2. 以上被保險人是否有投保同業實支實付型傷害醫療險？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，姓名：					

本欄位未填寫，受益人依保單約定如下
1. 員工本人身故受益人依法定繼承人順位
2. 眷屬身故受益人為員工

監護宣告與投保同業醫療險狀況共 4 個問項皆請勾選

※身故保險金受益人如係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之情形，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。

貳、告知事項

被保險人目前之身高、體重	本人	配偶	子女	子女		
	180 分	160 分	170 分	150 分	公分	公分
	80 斤	55 斤	65 斤	46 斤	公斤	公斤
※下面各欄內請由被保險人親自以「✓」表示告知 投保壽險者，請回答下列 1-7 項之問題；投保健康險者，請回答下列 1-8 項之問題； 投保傷害險者，請回答下列第 9 項之問題。						
1. 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？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 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 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(GPT、GOT 值檢驗值有異常情形者)。 (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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

每位被保險人 1 - 5 問項皆請依內容勾選



711074



10901 版

告知事項	本人	配偶	子女	子女			
	是	否	是	否	是	否	是
6.目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.女性被保險人回答：(1)過去一年內是否曾因患有乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位、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，已經幾週？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.(1)現在是否仍患有上述 1-7 項所列疾病？ (2)現在是否仍患有下列疾病： (A)飛蚊症、中耳炎、內耳炎、乳突炎、外耳炎、坐骨神經痛、脊椎彎曲、脊椎骨脫出症、骨折、蜂窩組織炎、史帝芬一強生症候群、骨質疏鬆症、肌無力、進行性肌萎縮、運動神經原疾病、硬皮症、股骨頭壞死、椎間板脫出、關節脫臼、骨膜炎、骨髓炎、關節炎。 (B)腎上腺機能亢進或低下、染色體異常、良性腫瘤、良惡性不明腫瘤、原位癌、抹片異常、膿瘍、息肉、結節、痛風、酒精或藥物濫用成癮。 (C)結核病、腦膜炎、梅毒、腦炎、水腦症。 (D)智能障礙、神經炎、神經痛、腦性麻痺、多發性硬化症、舞蹈症、癡呆症、精神官能症、憂鬱症。 (E)肺水腫、肺炎、胸膜炎、鼻中隔彎曲、鼻竇炎、慢性鼻炎、氣胸、慢性阻塞性肺部疾病、肺沉著症、肺積膿、肋膜積水。 (F)心絞痛、動脈瘤、心臟瓣膜疾病、動靜脈栓塞及血栓症、食道靜脈曲張、血液凝固缺陷、紅血球過多症、貧血、高血壓症(指收縮壓 140mmHG 舒張壓 90mmHG 以上)。 (G)肝腫大、消化性潰瘍或出血、慢性胃炎、肝膽結石、腸阻塞。 (H)腎炎、腎水腫、泌尿系統結石、血尿、膀胱炎、尿道炎、輸卵管炎、卵巢炎、骨盆腔膜炎、前列腺肥大或發炎、子宮頸糜爛、子宮脫出。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.(1)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？ (A)高血壓症(指收縮壓 140mm 舒張壓 90mm 以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤 (B)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 (C)癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病 (D)糖尿病 (E)酒精或藥物濫用 (2)目前身體機能是否有 (A)失明。(B)是否曾且一目視力經矯 (D)是否曾因耳部疾 (F)咀嚼、吞嚥或言	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

每位被保險人 6 - 9 問項皆請依內容勾選

每位被保險人上述 1 - 9 問項皆請依內容勾選，如有勾“是”請詳填：姓名/病名/就診醫院/就診期間/診療過程/有無手術/治療結果/目前狀況

※被保險人之健康情形若有上列 1-9 項所述的情況，請詳填：●姓名、●病名(外傷者，含受傷部位)、●就診醫院、●大約就診期間、●診療過程(門診或住院)、●有無手術、●治療結果及目前狀況

參、聲明事項：

- 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。
- 本人(被保險人、要保人)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與否之依據。
- 本人(被保險人、要保人)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。
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貴公司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貴公司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，而貴公司仍承保者，貴公司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貴公司者，同意貴公司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貴公司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貴公司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，而貴公司仍承保者，貴公司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貴公司者，同意貴公司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，但貴公司應以「日額」方式給付。

※本要保書告知事項均經要保人及被保險人確認，如有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，本公司得依保險法第六十四條之規定解除契約，其危險發生後亦同。

※本人(被保險人)於填寫申請書時，已審閱貴公司所提供之「個人資料保護法應告知事項」。

被保險人簽名： 李爸爸 / 李媽媽 / 李小明 / 李小薇



法定代理人/監護人/輔助人簽名： _____ 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 李爸爸 關係 父子 身分證字號 A123456789 國籍 中華民國 出生年月日 660101

2. _____ 關係 _____ 身分證字號 _____ 國籍 _____ 出生年月日 _____

註：若要保書已有資料者，可免填寫關係、身分證字號及出生年月日。

業務員 1 (保險經紀人/ 保險代理人)	簽名： 登錄證字號： (執業證號)	業務員 2 (保險經紀人/ 保險代理人)	簽名： 登錄證字號： (執業證號)	業務員 3 (保險經紀人/ 保險代理人)	簽名： 登錄證字號： (執業證號)
				職域代號	

