

健康告知暨聲明書
(壽險及健康險專用)

【Confidential】

保單號碼：_____ 要保人：_____ 聯絡電話：_____

被保險人：_____ 被保險人身分證字號：_____ 填表日期：_____

申請項目：增加保額 補充告知 其他

1. 工作內容	職 稱	
公司名稱	兼 職	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是,說明:
2. 身 高	公分	體 重 公斤
3. 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?(亦可提供該檢查報告,以供參考)		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
4. 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"/>
5. 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"/>
6. 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 以上/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?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(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、巴金森氏症、精神病?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(3) 肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(4) 肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GOT、GPT 值超過 40 以上)?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(5) 腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊腫?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(6) 視網膜剝離或出血、視神經病變?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(7) 癌症(惡性腫瘤)?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(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?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(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?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(10) 紅斑性狼瘡、膠原症?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(11) 愛滋病或愛滋病帶原?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. 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?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(2) 食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(3) 肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(4) 慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(5) 痛風、高血症?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(6) 青光眼、白內障?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(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"/>
8. 目前身體機能狀況是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障礙(缺肢、麻痺或變形)?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. 是否已確知懷孕?如是，已經懷孕 _____ 週(女性被保險人回答)?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

上述告知事項回答「是」者，請說明以下事項：

疾病名稱	就診醫院(縣市)	是否住院	是否手術	門診/住院日期	最後就診日期	是否痊癒	有無後遺症
		<input type="checkbox"/> 是 _____ 天 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> 是 _____ 天 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

■ 要保人與被保險人聲明事項

- 同意本健康告知暨聲明書構成所申請之復效或變更之契約文件之一部份。
- 同意合作金庫人壽保險股份有限公司(以下簡稱貴公司)因業務需要，可逕向被保險人所診病之醫院、診所或醫護人員，查詢診療記錄並索取診斷證明或病歷資料。
- 本人(被保險人、要保人)同意 貴公司將本聲明書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理本人投保時之核保參考，但各該公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以前開資料作為承保與否之依據。
- 本人(被保險人、要保人)同意 貴公司得依「電腦處理個人資料保護法」之相關規定，對本人之個人資料，有為蒐集、電腦處理或國際傳遞及利用之權利。

要保人親簽：_____ 被保險人親簽：_____ 法定代理人親簽：_____

(未滿 20 足歲者，請法定代理人加簽)

保戶服務專線：0800-033-133

傳真：(02)2772-7773

◎填妥後，請傳真或郵寄回本公司，並於傳真或郵寄五日後來電確認是否收到您的文件，以維護您的權益!

TPOSM001 號 007B 2011.07