

全球人壽

團體保險被保險人健康告知聲明書



核准文號：89年10月4日台財保第0890709009號
核准文號：102年3月20日金管保壽字第10202542631號
備查文號：104年10月21日全球壽(商研)字第1041021001號

受理欄

團體保險單號碼：_____

要保單位：_____

一、基本資料

身 分	被保險人姓名	出生日期	身分證字號	職業(工作性質)	兼業	身高	體重	被保險人是 否領有身心 障礙手冊或 身心障礙證 明(請依右 欄身分勾選)?如勾選 是,請提供。	身 分	勾 選 欄
本人									本人	☐ 是 ☐ 否
配偶									配偶	☐ 是 ☐ 否
子女									子女	☐ 是 ☐ 否
子女									子女	☐ 是 ☐ 否
父親									父親	☐ 是 ☐ 否
母親									母親	☐ 是 ☐ 否

二、告知事項

●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者,本公司得依保險法第六十四條規定解除本保險契約中該被保險人部分,保險事故發生後亦同。

	本人	配偶	父親	母親	子女					
	是	否	是	否	是	否	是	否	是	否
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)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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)、巴金森氏症、精神病。(3)肺氣腫、支氣管擴張症、壓肺症、肺結核。(4)肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GPT、GOT值超過參考值以上)。(5)腎臟炎、腎病、腎臟不全、尿毒、腎囊腫。(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。	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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、肝腺瘤、黃疸。(4)慢性支氣管炎、氣喘、肺腺瘤、肺栓塞。(5)痛風、高脂血症。(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)。	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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.過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7.是否已確知懷孕?如是,已經幾週?(女性被保險人回答)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8.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?(投保傷害險回答) (1)高血壓症(指收縮壓140mmHg或舒張壓90mmHg以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。(2)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。(3)癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病。(4)糖尿病。(5)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。(6)視網膜出血或剝離、視神經病變。	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9.目前身體機能是否有下列障害:(投保傷害險回答) (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,且一日視力經矯正後,最佳矯正視力在萬國視力表〇.三以下。(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五十分貝(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。	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

以上各項答覆為「是」時,請註明號數並詳細說明,如有診察治療紀錄,請告知診治原因、就診大約日期、治療期間、醫院名稱及病歷號碼。

三、聲明事項

- 本人(被保險人)同意全球人壽保險股份有限公司得蒐集、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)同意全球人壽保險股份有限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。
- 本人(被保險人、要保人)同意全球人壽保險股份有限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。

要保單位 _____ 簽章 被保險人父母親 _____ 簽章

被保險人本人 _____ 簽章 被保險人子女 _____ 簽章

被保險人配偶 _____ 簽章 法定代理人 _____ 簽章

(請親自簽章,若被保險人未滿20足歲或無完全行為能力者,需法定代理人簽章)

中華民國 年 月 日

核保人員審核欄		中華民國 年 月 日	
核定	覆核	初核	

保單號碼：_____

要保單位：_____

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書

本公司依據個人資料保護法及保險法第 177 條之 1 暨其授權辦法等規定，關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理及利用，除本公司之「壽險業履行個人資料保護法告知義務內容」所列告知事項外，就 台端個人病歷、醫療及健康檢查等資料之蒐集、處理及利用，將於人身保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、追償、申訴及爭議處理、公司辦理內部控制及稽核之業務及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用。若 台端不同意本公司蒐集、處理及利用前述資料，本公司將可能無法提供 台端相關人身保險業務之申請及辦理。

立同意書人已瞭解上述說明，並同意 貴公司於符合相關法令規範範圍內，得為蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料，以及將上開資料轉送與 貴公司有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務。立同意書人併此聲明，此同意書係出於本人意願下所為之意思表示。

此致

全球人壽保險股份有限公司

立同意書人(含被保險人本人、眷屬被保險人)

被保險人本人簽名：

【眷屬被保險人】

配偶簽名：

子女簽名：

父母簽名：

法定代理人簽名：

※未滿七歲者，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名；七歲（含）以上未滿二十足歲者，由本人及法定代理人簽名。
※本保單若有被保險人之眷屬投保，各眷屬亦屬被保險人，皆應簽名同意。

中華民國

年

月

日