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 7 月 21 日全球壽(商研)字第 1040721003 號

受 理 欄

團體保險單號碼：_____
要保單位：高雄市保險業務職業工會

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、塵肺症、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。	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
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）。	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
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，且一目視力經矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表○・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

1.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。

2.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。

3.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