

團體健康暨傷害保險要保書健康告知聲明書

本健康告知聲明書附於要保書並構成保險契約之一部份

保險單號碼	第	號本單係	號續保	被保險人姓名	
被保險人姓名 身份証字號				工作內容 (含兼職)	
被保險人告知事項：(請要保人、被保險人詳實勾選填告)					
為確保您的權益，告知事項請務必親自填寫，如有不實，本公司得依保險法第六十四條解除本保險契約，保險事故發生後亦同。					
身高	公分	體重	公斤	(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="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否
一、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)……			<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
二、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="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	五、目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害(外表無法明顯判斷者)。……	
三、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。……			<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	六、過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？…	
(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。……			<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	七、是否已確知懷孕？如是，已經幾週？(懷孕____週) (女性被保險人回答)……	
(3)肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。……			<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	八、投保傷害險請繼續填寫本項 目前身體機能是否有下列障害？……	
(4)肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GOT、GPT 值檢驗值有異常情形者)。……			<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	(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〇.三以下。(3)聾。(4)是否因耳部疾病或傷害接受耳鼻喉專科醫師治療、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。	
(5)腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。……			<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	※被保險人現在及過去之健康情形若有上列 1-7 項所述的情況，請詳填： 1.病名(外傷者，受傷部位)：_____ 2.就診大約日期：_____ 3.就診醫院：_____ 4.診療過程(門診或住院)：_____ 5.有無手術：_____ 6.治療結果及目前狀況：_____	
(6)視網膜剝離或出血、視神經病變。……			<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
(7)癌症(惡性腫瘤)。……			<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
(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="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
(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="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
(10)紅斑性狼瘡、膠原症。……			<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
(11)愛滋病或愛滋病帶原。……			<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
四、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。…… (2)食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟。…… (3)肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。……			<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		

聲明事項

一、本人(被保險人)同意新光產物保險公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
 二、本人(被保險人、要保人)同意新光產物保險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。
 三、本人(被保險人、要保人)同意新光產物保險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。
 四、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新光產物保險公司兩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新光產物保險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，而新光產物保險公司仍承保者，新光產物保險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新光產物保險公司者，同意新光產物保險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保險契約給付的部份不負給付責任。

※健康保險契約「疾病等待期間」之相關約定，請參閱各該健康保險契約條款。
 ※本人(要保人)已收到保單條款樣本或影本，投保人須知、要保書填寫說明請於下方欄位簽名。
 ※本人(被保險人、要保人)已確認告知事項及聲明事項之內容請於下方欄位簽名

被保險人親簽：_____ 法定代理人或監護人親簽：_____

(如被保險人為未滿 20 歲、心神喪失、精神耗弱或遭禁治產者，請由法定代理人或監護人親簽。)

申請日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日