中國信託金控 台灣人壽

聯絡電話：0912-345678

團體保險被保險人投保申請表暨健康告知聲明書(C)

要保書文號：中華民國 109 年 10 月 20 日台壽字第 1092610120 號函備查
要保書文號：中華民國 112 年 01 月 01 日台壽字第 1122630012 號函備查修正

一、基本資料：為確保資料的正確性，被保險人各欄資料請以正楷填寫，如有塗改處請簽章確認。

要保單位：XXXX股份有限公司　分公司或部室別/代號：HR_ABC　員工代號：A098765

員工地址：新竹市科學工業園區力行二路1號

(※若員工地址未填寫則以要保人(要保單位)最後所留之聯絡地址，作為日後被保險人之通知依據。)　(若為配偶父母，請註明)

被保險人資料	本人	配偶	子女(1)	子女(2)	父親	母親	
姓名	林男生	吳玲玲 Wu,Lin Lin	林兒	林女兒	吳阿財 (配偶父母)	林王月娥	
身分證統一編號	A12333XXXX	A900221XXX	A113456XXX	A200678XXX	A8000112XXX	A22145XXXX	
出生(民國)年月日	66/06/06	69/06/09	99/10/16	106/03/20	39/01/26	45/10/11	
性別(外籍人士填寫)		女			男		
國籍(外籍人士填寫)		中國			中國		
計劃別							
工作內容(含兼業)	業務	行政	學生	無	已退休	無	
目前是否受有監護宣告	□是 ☑否	□是 ☑否	□是 ☑否	□是 □否	□是 ☑否	□是 ☑否	□是 □否
是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明	□是 ☑否	□是 ☑否	□是 ☑否	□是 □否	□是 ☑否	□是 ☑否	□是 □否

註 1. 被保險人目前受有監護宣告或是領有身心障礙手冊或身心障礙證明(勾選是者)，請提供相關證明文件。
2. 各項保險金受益人詳團體保險要保書約定。

二、告知事項（如僅投保傷害險者，免填本告知事項）

* 被保險人應據實告知並親自填寫，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以影響本公司對於危險之估計，本公司得依保險法第六十四條規定解除本保險契約，保險事故發生後亦同。

被保險人健康告知事項	本人	配偶	子女(1)	子女(2)	父親	母親	
身高(公分)	176 公分	165 公分	148 公分	115 公分	170 公分	155 公分	公分
體重(公斤)	70 公斤	59 公斤	42 公斤	20 公斤	70 公斤	60 公斤	公斤
請依被保險人身分別親自回答下列事項是否有告知為「是」之情事？	□是 ☑否	□是 ☑否	□是 ☑否	□是 ☑否	☑是 □否	☑是 □否	□是 □否

1. 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)

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（肝功能檢驗值異於檢驗標準的正常值）。 (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. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？

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？

【請續填後頁】

6. 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)。

7. 是否已確知懷孕？如是，已經幾週？(女性被保險人回答)

※若有投保**團體長期照顧健康保險**時，除回答第 1~7 告知事項，須另回答第 8~9 告知事項

8. 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？
阿茲海默氏病、退化性關節炎、骨質疏鬆症、失智症、退化性脊椎炎，伴有脊髓病變者、椎間盤疾患，伴有脊髓病變者、脊椎狹 窄、外傷脊椎病變、脊椎腫瘤

9. 過去一年內是否曾因患有運動神經元疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？

以上詢問各項如答覆「是」，請在本欄詳細註明被保險人姓名、診斷病名（部位及程度）、診治日期、醫院名稱、治療情形及現在狀況：

吳阿財：3. 高血壓 2020/08 台大醫院 持續用藥控制 目前血壓值：140/90
林王月娥：2&6. 白內障，2022/11/25,台大醫院,手術,住院1天,目前恢復狀況良好

**若有任何項目勾選"是"者，請填寫題號並說明，未詳細說明,或說明不清楚者，將予以退件。

三、聲明事項：

1. 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。
2. 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之依據。
3. 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。
4. 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台灣人壽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台灣人壽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，而台灣人壽仍承保者，台灣人壽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台灣人壽者，同意台灣人壽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。
5. 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台灣人壽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台灣人壽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，而台灣人壽仍承保者，台灣人壽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台灣人壽者，同意台灣人壽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，但台灣人壽應以「日額」方式給付。

此致
台灣人壽保險股份有限公司

**提供健康告知者，每一位被保險人均需簽名，七歲以上子女請親自簽名，七歲以下可由法定代理人代為簽名。

被保險人【本人】簽名：林男生　　被保險人【配偶】簽名：吳玲玲

被保險人【子女(1)】簽名：林兒　　被保險人【子女(2)】簽名：林女兒

被保險人【父親】簽名：吳阿財　　被保險人【母親】簽名：林王月娥

被保險人【　　】簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿

法定代理人/監護人/輔助人簽名：林男生　（請註明關係：父女）

法定代理人/監護人/輔助人身分證統一編號：A12333XXXX　出生日期：66/06/06　國籍：台灣

（若被保險人為未滿七足歲之未成年人，由法定代理人/監護人/輔助人代為簽名；未成年或已受有監護/輔助宣告尚未撤銷者，需其法定代理人/監護人/輔助人簽名）

申請日期：113 年 1 月 5 日

審查意見	受理
□標準體承保 □婉拒承保 □被保險人（姓名）　以　及其併發症除外承保 □ 審查人員/日期：	