



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. 被保險人目前身高：_____公分 / 體重：_____公斤			是 否
3. 過去五年內是否曾因患有下列註一之疾病而接受醫師治療、診療或用藥？			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. 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"/>
5. 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)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. 過去一年內是否曾因患有下列註二之疾病, 而接受醫師治療、診療或用藥？			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. 目前身體機能狀況是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. 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"/>

註一：1. 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、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(GOT、GPT 值檢驗值有異常情形)、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。

註二：1. 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)。

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

聲明事項：要保人或被保險人之授權及同意事項, 其內容如下：

- 本人(被保險人)同意法商法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司(以下簡稱貴公司)查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。
- 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。
- 本人(被保險人、要保人)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。

※ 本人已知悉本聲明書所載告知及聲明事項內容並同意接受其約束。 申請日期：民國_____年_____月_____日

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

(要保人或被保險人未滿 20 足歲且未婚者, 請法定代理人加簽)

◎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!

VPOSM001 號 0031 2011.10.01