



英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司台灣分公司
健康告知暨聲明書

友邦人壽受理日期

【填寫注意事項】1.填寫完成後，請於背頁下方『簽名欄』簽名。

2.請以深色筆正楷填寫，使用鉛筆或擦擦筆概不受理；如有塗改，請被保險人於塗改處簽名確認；如塗改處為第2頁「重要事項告知」，請要保人於塗改處簽名確認。

保單號碼：_____

填寫日期：____年____月____日

主被保險人/附屬被保險人(配偶/子女)告知事項： (如投保保險費豁免附約，請填寫要保人資料/告知事項/確認事項)				主被保險人/附屬被保險人(配偶/子女)確認事項：如勾選是者，請提供相關文件影本。		
姓 名	與主被保險人關係	身高 / 體重	任職機構 / 單位 / 職稱 / 工作內容			
		_____公分 _____公斤		是否領有身心障礙手冊? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 目前是否受有監護宣告? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
		_____公分 _____公斤		是否領有身心障礙手冊? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 目前是否受有監護宣告? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
		_____公分 _____公斤		是否領有身心障礙手冊? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 目前是否受有監護宣告? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
告知事項： (本告知書所有告知事項，請要保人及主被保險人/附屬被保險人親自據實回答，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實的說明者，本公司得依保險法第六十四條規定解除保險契約且不退還已繳之保險費。) 如投保壽險、健康險、保險費豁免附約，請回答第1~9項問題，投保意外險請回答8、9項問題：				主被保險人	配偶	子女
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它檢查或治療？(亦可提供檢查報告代替回答)				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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？				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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140mm/舒張壓90mm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值檢驗值有異常情形者)。(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。倘投保商品含有長期照顧給付項目者，請額外回答：(12)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。				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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、肝硬化、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)。倘投保商品含有長期照顧給付項目者，請額外回答：(8)運動神經元疾病。				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障礙。				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.是否已確知懷孕？如是，已經_____週？(女性被保險人回答)				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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？ (1)高血壓症(指收縮壓140mm/舒張壓90mm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。				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.目前身體機能是否有下列障礙： (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0.3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、吞嚥或言語機能障礙。(7)四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
※如投保連結全民健康保險重大傷病範圍者請回答第1~11項問題：						
10.過去兩年內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥後仍因同一傷病而被要求做以下的檢驗或檢查？(亦可提供病歷或檢查報告)				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
a. 六個月內有二次或二次以上的X光或超音波或血液檢查。 b. 細胞學或內視鏡或核磁共振或電腦斷層檢查或正子攝影檢查。 c. 肌電圖或神經傳導檢查。						
11.被保險人是否參加全民健康保險？				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

上述詢問事項如回答「是」者，請【標註問題項目】、【詳述病名】、【大概就診時間】、【病情症狀及檢查、治療結果】如下：



P00802 115.01 版

重要事項告知（投保連結全民健康保險重大傷病範圍者填寫）

- ※ 被保險人須具備有效的全民健康保險被保險人身份，才能向「全民健康保險保險人」申請重大傷病證明；取得證明後，始得向本公司申請重大傷病保險金。
- ※ 被保險人經醫師首次診斷為重大傷病，並取得「全民健康保險保險人」核發之重大傷病證明，才符合重大傷病保險金申領資格。
- ※ 被保險人於投保前曾經取得或投保時正在申請全民健康保險保險人核定重大傷病證明者，或投保前曾經符合屬由診治醫師逕行認定，免向全民健康保險保險人申請重大傷病證明，而得免除全民健保部分負擔之資格者，本公司不負給付「重大傷病保險金」的責任。
- ※ 本險重大傷病範圍為「全民健康保險重大傷病範圍」，但不包含以下項目：
 - (1) 先天性凝血因子異常/遺傳性凝血因子缺乏。
 - (2) 先天性新陳代謝異常疾病。
 - (3) 心、肺、胃腸、腎臟、神經、骨骼系統等之先天性畸形及染色體異常。
 - (4) 先天性免疫不全症。
 - (5) 職業病。
 - (6) 先天性肌肉萎縮症。
 - (7) 外皮之先天畸形。
 - (8) 早產兒所引起之神經、肌肉、骨骼、心臟、肺臟等之併發症。

※本人已確實審閱及瞭解其內容。 是 以下簽名欄，要保人、法定代理人請親自簽名。

◎當您已確實且充分瞭解以上說明並願意投保時，

請親自書寫「同意投保」字樣於下方空白處：

要保人：_____

--	--	--	--

法定代理人：_____

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)同意貴公司將本健康告知暨聲明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，於貴公司「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」所揭露之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。

委任事項：

本人因不克親至 貴公司送交本健康告知暨聲明書，茲委任下述受任人／業務員代為轉送。

受任人／業務員注意事項：

倘同意委任人之委任行使上開委任事項，應親視要保人／被保險人／法定代理人親自簽名無誤，如有不實，須負相關法律責任。

簽 名 欄	※簽名請同保單最後登載本公司之簽名樣式一致。		
	要保人簽名：_____	聯絡電話：_____	被保險人簽名：_____
	配偶(附屬被保險人)簽名：_____	子女(附屬被保險人)簽名：_____	
	(要保人、被保險人未滿七足歲或受監護宣告尚未撤銷者，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名；七足歲(含)以上但尚未未成年者，由本人及法定代理人簽名。)		
	法定代理人簽名：_____	國籍：_____	法定代理人身分證統一編號：_____
生日：民國_____年_____月_____日 與要保人關係：_____			

業 務 員 ／ 受 任 人 欄	請確認是否已確實核對要保人、被保險人及法定代理人之身分證明文件？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	業務員簽名：_____	登錄字號：_____	
	聯絡電話：_____		
	受任人簽名：_____	與要保人關係說明：_____	聯絡電話：_____