

# 遠雄人壽團體保險被保險人健康聲明書

備查文號:民國 96 年 11 月 01 日(96)遠雄壽字第 518 號函

990301 版

※要、被保險人對於本書面詢問，應據實說明，並親自填寫清楚，如有故意隱匿、過失遺漏或不實之說明，依保險法第六十四條規定，本公司得解除契約。保險事故發生後亦同。	本人	配偶	子女	本人之父親	本人之母親					
投保壽險或健康保險者請勾選	是	否	是	否	是	否	是	否	是	否
一、過去兩年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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高血壓症(指收縮壓 140mmHg 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、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、精神疾病、肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核、肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GPT、GOT 值超過檢驗值者)、肝炎病毒帶原、腎臟炎、腎病候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞、視網膜剝離或出血、視神經病變、癌症(惡性腫瘤)、血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症、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、紅斑性狼瘡、膠原症、愛滋病或愛滋病帶原。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(一)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症、食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎、肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸、慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞、痛風、高血脂症、青光眼、白內障。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(二)乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血。(女性被保險人請回答)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(三)前列腺炎、前列腺肥大、睪丸或副睪丸腫大、隱睪症、精索靜脈曲張。(男性被保險人請回答)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
五、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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
六、目前是否懷孕中？ (已懷孕 _____ 週)(女性被保險人請回答)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
七、目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
投保傷害險者請勾選	是	否	是	否	是	否	是	否	是	否
八、過去二年內是否曾因患有第三、四項底線所列示之疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
九、目前身體機能是否有下列障害？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
失明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。聾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、啞、咀嚼、吞嚥或言語機能障害。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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

▲上述問題中，如有答覆為“是”，請附上該問題編號並詳述各項之狀況、就診院所、就診大約時間及其結果並詳述其各項資料於下欄中。

項目編號	姓名	疾病或手術名稱	診斷日期	就診醫院	病歷號碼	治療結果及目前狀況

### 【被保險人聲明同意事項】

- 本人(被保險人)謹此聲明本同意書內所載各項陳述均屬事實，絕無故意隱匿、過失遺漏，或為不實之說明。
- 本人(被保險人)同意遠雄人壽保險事業股份有限公司(以下簡稱遠雄人壽)查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。
- 本人(被保險人)同意遠雄人壽將本要保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)同意遠雄人壽得依「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。
- 本人已瞭解「全家福新超值專案」之保障內容以及有關事宜，且同意成為以教師會為要保人，向貴公司要保「全家福新超值專案」成為被保險人之一。若教師會與遠雄人壽雙方解除或終止合約，則參加本保險之員工及其眷屬保險將隨同終止。
- 本人、要保單位及被保險人已瞭解且同意，本保險為一年期契約，保險一年期滿後保險公司保留個別被保險人是否繼續續保之權利(即個別被保險人不保證續保)。
- 本人同意透過本同意書所授權之信用卡帳戶支付保險費，並支付遠雄人壽。除本人另行向貴公司提出書面退保通知，此同意書將繼續有效。特此聲明 此致 遠雄人壽保險事業股份有限公司

信用卡卡號					信用卡有效期限	至西元 _____ 年 _____ 月止
發卡銀行					持卡人簽名	
被保險人簽名	會員本人	配偶				
	父母	子女及未成年者 法定代理人		填表日期	民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	

遠雄人壽 審核欄	核定保險生效日 _____ 年 _____ 月 _____ 日零時起	保險公司 主管	保險公司 經辦	招攬人/單位
	審核說明： <input type="checkbox"/> 除外同意書簽署後承保 _____ <input type="checkbox"/> 無法受理加保(退件處理) <input type="checkbox"/> 其他			