



P012

健康告知暨聲明書

若採郵寄或臨櫃申辦方式者，請要保人/被保險人自行填寫第4頁「五、業務員報告」第一部分。

保單號碼	要保人	被保險人
------	-----	------

一、告知事項：

被保險人投保險種	須回答項次	職業欄 (含兼業)： <input type="checkbox"/> 職業內容與先前告知相同 【下列資料請新加保之被保險人務必填寫】
人壽保險	第 1-10 項	服務機構或學校：_____ 營業類別：_____ 工作內容：_____ 其他兼業/副業：_____ ※ 上述填寫職業內容若與先前告知不同者，本公司將逕行同時辦理職業等級變更。 ※ 職業或職務日後若有變動時，請務必再以契約內容變更申請書通知本公司，以維護您的權益。
重大疾病壽險	第 1-11 項	
健康保險	第 1-11 項	
癌症健康保險	第 1-11 項及第 14 項	
婦嬰健康保險	第 1-11 項及第 15 項	
長期照顧保險	第 1-13 項及第 16-17 項	
傷害保險	第 12 項及第 13 項	
要保人豁免保險	第 18 項及第 19 項	

◎險種轉換者，轉換後身故保險金額高於或等於原保險金額者，請詳填。

1. 被保險人目前之身高：_____公分/體重：_____公斤		是	否
人壽保險	2. 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？ (若答案為「是」，請詳述健康檢查之原因、時間、地點、異常項目、檢查結果、治療結果，但亦可提供檢查報告代替回答)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. 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"/>
	4. 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？ A. 高血壓症 (指收縮壓大於 140mm-Hg 或舒張壓大於 90mm-Hg 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、心搏過速或過慢不整脈、心臟瓣膜狹窄、心臟瓣膜畸形或閉鎖不全。 B. 腦中風 (腦出血、腦梗塞、暫時性腦缺血)、腦瘤、腦動脈血管瘤、多發性硬化症、癲癇、肌肉萎縮症、重症肌無力、巴金森氏症、精神病。 C. 肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。 D. 肝硬化、肝炎、肝內結石、肝炎病毒帶原、肝功能異常 (膽紅素、GOT、GPT、鹼性磷酸酶、阿法胎兒蛋白、r-GT 等肝功能檢驗值異於檢驗標準的正常值)。 E. 腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。 F. 癌症 (惡性腫瘤)、口腔白斑。 G. 血友病、白血病、貧血、紫斑症。 H. 糖尿病、類風溼性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺機能亢進或低下。 I. 視網膜出血或剝離、視神經病變、紅斑性狼瘡、膠原症。 J. 愛滋病或愛滋病帶原。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. 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、智能障礙 (外表無法明顯判斷者)？	<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"/>
	7. 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？ A. 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。 B. 食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。 C. 肝膿瘍、黃疸、痛風、高血脂症。 D. 慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞、青光眼、白內障。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. 請十四歲以下者告知 是否為早產兒或低體重兒 (出生時體重為貳仟公克以下)？ 若是，懷孕幾週生產 _____，出生時是多少公克 _____，共住院幾日 _____。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9. 請女性被保險人告知 (1) 過去一年內，是否曾患有乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血而接受醫師治療、診療或用藥？ (2) 是否已確知懷孕？如是，已經幾週？_____週。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10. 請投保新世代定期壽險者告知 (1) 是否吸菸？ <input type="checkbox"/> 從未吸菸。 <input type="checkbox"/> 過去曾吸菸但目前已戒菸，已戒約 _____年，如有因病戒菸，請說明病因：_____。 (2) 是否飲酒？ 如是，飲酒種類： <input type="checkbox"/> 啤酒 <input type="checkbox"/> 烈酒 (例：威士忌) <input type="checkbox"/> 葡萄酒 (例：紅酒、白酒) <input type="checkbox"/> 其他 _____。 每次飲用量約 _____ C.C.，頻率：_____。 目前是否已戒酒？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，若是，已戒多久？約 _____年。如有因病戒酒，請說明病因：_____。 (3) 是否曾因飲酒後駕 (騎) 車，吐氣或血液所含酒精成份超過道路交通法令規定標準，而致任何交通事故或遭取締？ 若是，請說明發生時間：_____ (年/月)。 (4) 是否嚼食檳榔？ <input type="checkbox"/> 從未嚼食檳榔。 <input type="checkbox"/> 過去曾嚼食檳榔但目前已戒檳榔，已戒約 _____年，如有因病戒檳榔，請說明病因：_____。 (5) 是否曾非法施用防治毒品相關法令所稱之毒品？ 若是，毒品名稱為何？_____，平均每週用量：_____， 目前是否已停止施用毒品？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，若是，已停多久？約 _____年。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	健康保險	11. 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？ 胸廓畸形及脊柱彎曲移位、弱視、中耳炎、前庭神經炎、重聽、頭部外傷、骨折、脫臼、椎間盤症 (分離、疝氣或脫出)、關節炎、甲狀腺腫、鼻竇炎、鼻中隔彎曲、不整脈、蠱豆症、慢性胃炎、膽石症、膽囊炎、痔瘡、陰囊水腫、梅毒、淋病、疝氣、腎上腺機能亢進或低下、骨盆腔膜炎、前列腺肥大、腎結石、膀胱結石、尿道炎、尿管結石、周邊神經炎、顱神經炎、脊髓神經壓迫症、睡眠呼吸中止症、川崎症、良性腫瘤、精神疾病。	<input type="checkbox"/>



傷害保險	12. 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？ A. 高血壓症（指收縮壓大於140mm-Hg或舒張壓大於90mm-Hg以上）、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。 B. 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。 C. 癌症（惡性腫瘤）、肝硬化、尿毒、血友病。 D. 糖尿病。 E. 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。 F. 視網膜出血或剝離、視神經病變。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13. 目前身體機能 是否有下列障害？ A. 失明。 B. 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。 C. 聾。 D. 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。 E. 啞。 F. 咀嚼、吞嚥或言語機能障害。 G. 四肢（含手指、足趾）缺損或畸形。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
癌症健康保險	14. 過去一年內 ，是否曾接受下列檢查或曾患有下列疾病或異常症狀？ A. 是否曾患B型或C型肝炎接受檢查或治療？ B. 目前是否有腹、肝腫大、黃疸現象？ C. 有否子宮頸抹片檢查異常記錄或婦科異常出血現象？ D. 胸部（乳房）是否有腫塊或異常硬塊存在？ E. 口腔內或皮膚上有否慢性潰爛不癒（超過兩週以上）？口腔內是否有異常腫塊或白斑存在？ F. 是否吞嚥困難、大便出血現象？ G. 頸部有否異常腫塊或不尋常腫大現象？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
婦嬰健康保險	15. 本人、配偶或子女 是否曾患有下列疾病？ A. 貓哭症候群、巴陶氏症、愛德華氏症、唐氏症、貓眼症候群？ B. 脊柱裂、腦或腦膜膨出、脊髓或脊髓膜膨出、水腦症、腦性麻痺、運動神經元疾病？ C. 苯酮尿症、高胱氨酸尿症、半乳糖症、粘多糖症、肝醣貯積症、脂肪貯積症、威爾遜氏病、高血氨症、白胺酸代謝異常？ D. 地中海型貧血、血友病、先天性甲狀腺功能低下、腦垂體功能低下症、先天複合性免疫缺乏症、先天丙種球蛋白缺乏症？ E. 心室中隔缺損、心房中隔缺損、開放性動脈導管、肺動脈瓣狹窄或閉鎖、主動脈瓣狹窄或閉鎖、三尖瓣狹窄或閉鎖、主動脈狹窄、法洛氏四合症、大動脈轉位、心室發育不全症？ F. 囊性纖維樣變性、生殖器官性別不明、先天性耳聾、先天性失明、唇顎裂、肢體缺損、食道閉鎖不全、食道氣管瘻管、膽道閉鎖、肛門直腸閉鎖、橫隔膜疝脫、先天性髖關節脫位、軟骨發育不全症、成骨（發育）不全症、早產兒、出生時體重為貳仟公克以下？ G. 瀰漫性血管內凝血不全、懷孕流產、子宮外孕、妊娠毒血症、子癲前症、子癲症？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
長期照顧保險	16. 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？ A.阿茲海默氏病。B.退化性關節炎。C.骨質疏鬆症。D.失智症。E.退化性脊椎炎，伴有脊髓病變者。F.椎間盤疾患，伴有脊髓病變者。 G.脊椎狹窄。H.外傷脊椎病變。I. 脊椎腫瘤。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17. 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？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
要保人	18. 要保人 投保豁免保費附約者，上列第2～9項及第11項是否有告知為「是」者？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	19. 要保人 目前之身高 _____ 公分／體重 _____ 公斤 服務機構或學校：_____營業性質：_____工作內容：_____		
配偶	20. 主契約被保險人的配偶 ，請回答 (1) 如申請投保健康保險，第2～9項及第11項是否有告知為「是」者？ (2) 如申請投保傷害保險，第12～13項是否有告知為「是」者？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子女	21. 主契約被保險人的子女 ，請回答 (1) 如申請投保健康保險，第2～9項及第11項是否有告知為「是」者？ (2) 如申請投保傷害保險，第12～13項是否有告知為「是」者？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	22. 附加附約之子女 是否為早產兒或低體重兒（出生時體重為貳仟公克以下） 若是，懷孕幾週生產 _____，出生時是多少公克 _____，共住院幾日 _____。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
告知事項說明欄：若答案為「是」，請註明題號，詳述病名、原因、大約罹病時間、治療方式、大約治療期間、就診醫院(地點)及結果（請提供病歷，以便利核保作業）。			

二、被保險人投保紀錄

被保險人是否已投保其他商業實支實付型醫療保險或實支實付型傷害醫療保險？					
	主契約被保險人	配偶	子女 1	子女 2	子女 3
實支實付型醫療保險	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
實支實付型傷害醫療保險	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否



三、重要事項告知

壽險業履行個人資料保護法告知義務內容：中國人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱

- 一、蒐集之目的：(一)〇〇一 人身保險 (二)〇四〇 行銷 (三)〇五九 金融服務業依法令規定及金融監理需要、所為之蒐集處理及利用 (四)〇六九 契約、類似契約或其他法律關係事務 (五)一八一 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務
- 二、蒐集之個人資料類別：(一)姓名(二)身分證統一編號(三)地址等聯絡方式(四)病歷、醫療、健康檢查(五)財務狀況(六)其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容
- 三、個人資料利用之期間、對象、地區、方式：(一)期間：本保險契約之有效期間及依法令規定應為保存之期間。(二)對象：本公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。(三)地區：上述對象所在之地區。(四)方式：合於法令規定之利用方式。
- 四、依據個資法第三條規定，台端就本公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式：(一)得向本公司行使之權利：1. 向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。2. 向本公司請求補充或更正。3. 向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。(二)行使權利之方式：書面。
- 五、台端若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝承保、遲延或無法承保。

四、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、醫療紀錄及病歷個人資料。**
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 貴公司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 貴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 貴公司仍承保者， 貴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 貴公司者，同意 貴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 貴公司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 貴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 貴公司仍承保者， 貴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 貴公司者，同意 貴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契約給付的部分不負給付責任，但 貴公司應以「日額」方式給付。

※若採郵寄或臨櫃申辦方式者，請要保人/被保險人自行填寫第4頁「五、業務員報告」第一部分。

業務員/受託人/見證人填寫欄	
業務單位：	本人(要保人/被保險人)已詳閱「壽險業履行個人資料保護法告知義務內容」，確實瞭解該告知內容及健康告知聲明書之相關權益及應注意事項。
業務員：	此致 中國人壽保險股份有限公司
登錄證字號：	要保人：_____ (簽章)
聯絡電話：	被保險人：_____ (簽章)
單位/分行主管：	(此次所有加保之被保險人員均需簽名)
受託人：	未成年者法定代理人：_____ (簽章)
見證人：	◎ 要/被保險人未滿七足歲或無行為能力者，由法定代理人代為簽名；七足歲(含)以上者，請由本人親自簽名。不識字者得以捺指印代替簽名，但須有二位以上已成年的見證人在旁簽名，惟見證人不得為業務員，同時須註明見證人身分證字號及其與不識字者之關係。
經紀人、代理人公司之簽署人：	◎ 要保人/被保險人未滿 20 歲或無行為能力者，需法定代理人簽名及填寫關係。
(簽章)	◎ 為維護 您的權益：請使用要保書樣式簽章，並請勿於空白的申請書上簽章；如果 您因投保新的保單而辦理降低保險金額、繳清、展期、險種轉換或終止契約，請再次確認本次辦理之項目符合 您的需求。
	聯絡電話：_____ 申請日期：_____年_____月_____日



五、業務員報告（請務必填寫，否則將不予受理）（若採郵寄或臨櫃申辦方式者，請要保人/被保險人自行填寫第一部分）

第一部分：若採郵寄或臨櫃申辦方式者，請要保人/被保險人自行填寫

<p>1. 要保人及被保險人之投保目的及需求：<input type="checkbox"/>保障<input type="checkbox"/>退休規劃 <input type="checkbox"/>子女教育 <input type="checkbox"/>其他_____。</p> <p>2. 要保人是否投保其他商業保險?.....<input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否</p> <p>3. 被保險人是否投保其他商業保險?.....<input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否</p> <p>4. 被保險人為<u>未成年者</u>，<u>父或母</u>是否已投保商業保險？<input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否 若是，請將累計保額(合同業)填寫於下欄： <input type="checkbox"/>父親，壽險：_____萬元。意外險：_____萬元。 <input type="checkbox"/>母親，壽險：_____萬元。意外險：_____萬元。</p> <p>5. 家中主要經濟來源者？ <input type="checkbox"/>要保人 <input type="checkbox"/>被保險人 <input type="checkbox"/>其他_____</p> <p>6. <u>被保險人</u>的工作內容及職位：_____， 工作年收入(含薪資、公司紅利等)約：_____萬元。 其他年收入(如利息、房租、投資等)約：_____萬元。 家庭年收入約：_____萬元。 ◎若被保險人為已婚者，請於家庭年收入欄位填寫夫妻雙方年收入總和。 ◎若被保險人為未成年人/學生/無固定收入者時，請於家庭年收入欄位填寫其父母或其經濟供應者年收入總和。</p> <p>7. 要保人/被保險人非同一人時，請填寫<u>要保人</u>資料如下 工作內容及職位：_____， 工作年收入(含薪資、公司紅利等)約：_____萬元。 其他年收入(如利息、房租、投資等)約：_____萬元。</p>	<p>8. 當要保人與被保險人為同一人且為<u>家管</u>時，請回答<u>配偶</u>職業及投保狀況： ◎服務機構：_____，工作職位/性質：_____， 每年收入約：_____萬元。 ◎是否已投保商業保險?..... <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 若是，請將累計保額(合同業)填寫於下欄： 壽險：_____萬元。意外險：_____萬元。 住院醫療險日額：_____元。</p> <p>9. 其他 ◎ 被保險人為<u>男性</u>是否服過兵役?.....<input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 若否，請詳述原因於11.其他核保資訊欄。 ◎ 被保險人外觀是否有缺陷或健康異常等情形?...<input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 若是，請詳述原因於11. 其他核保資訊欄。 ◎ 被保險人是否從事危險嗜好或從事危險運動(例: 駕駛輕型飛機、滑翔飛行機具、跳傘、攀岩、高空彈跳、潛水、滑水、滑雪、拖曳傘等活動)?.....<input type="checkbox"/>是<input type="checkbox"/>否 若是，請詳述活動種類及頻率於11. 其他核保資訊欄</p> <p>10. 保戶於_____年_____月_____日於_____醫院 / 診所完成體檢。(此次申請復效或附約加保，若需體檢時請填寫。)</p>
---	---

11. 其他核保資訊欄：

第二部分

<p>12. 認識被保險人多久：_____。</p> <p>13. 本保單之規劃，要保人與被保險人是否已確實瞭解投保目的、保險需求，綜合考量財務狀況以及付費能力，分析與評估保險費、保額及保障需求間之適當性（適合度）?..... <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p>	<p>14. 業務員對於上述問項、保戶告知事項須再詳細說明或發現保戶敘述有疑慮者，煩補述於後 _____</p>
---	--

本聲明書各欄及詢問事項，確經本人當面向要、被保險人及法定代理人說明，並由要、被保險人及法定代理人親自填寫及簽章無誤，且本報告書各欄均屬確實，若有不實致生損失於公司，本人願負全部責任，特此聲明。

業務單位：_____ 業務員：_____ 連絡/行動電話：_____

日期：_____年_____月_____日

中國人壽客戶服務專線：0800-098-889；
海外諮詢專線(須付費)：該國國際冠碼+886 4-3608-3600



公司使用欄	
<p><input type="checkbox"/> 申請書上有立可白/立可帶...等之塗改處，請註明：_____</p> <p><input type="checkbox"/> 與實體文件相符</p> <p><input type="checkbox"/> 實體文件不清楚</p> <p><input type="checkbox"/> 已附轉帳授權書／薪扣同意書</p> <p><input type="checkbox"/> 其他，請註明：_____</p>	

通訊處助理備註欄	通訊處受理	保單作業部受理

