

# 健康告知事項聲明書 (新契約未承保件及契約內容變更件皆適用)

|       |      |     |
|-------|------|-----|
| 保單號碼： | 要保人： | 單位： |
|-------|------|-----|

## A.被保險人告知事項：(投保配偶或子女附約者，請一併填寫被保險人告知事項)

| 姓 名 | 出生日期 | 身 分 證 字 號 | 公 司 名 稱 | 營 業 內 容 | 工 作 內 容 | 身 高 | 體 重 |
|-----|------|-----------|---------|---------|---------|-----|-----|
|     |      |           |         |         |         | 公分  | 公斤  |
|     |      |           |         |         |         | 公分  | 公斤  |
|     |      |           |         |         |         | 公分  | 公斤  |

## B.人壽保險及健康保險被保險人健康告知事項：

| 是 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 是 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.過去兩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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>女性被保險人，請續填下欄</b><br>10.過去一年內是否曾因患有乳腺炎、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？ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>11.是否已確知懷孕？如是，已經 _____ 週？<br>12.要保人是否有以上第 1-7 及 9-10 之情事？(投保要保人豁免保險費健康保險附約者，請填寫) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>13.被保險人之配偶及子女現在是否有以上第 1-7 及 9-10 之情事？(投保配偶或子女附約者，請填寫) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><b>C.傷害保險被保險人健康告知事項：</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>1.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？<br>(1)高血壓症(指收縮壓 140mmHg 舒張壓 90mmHg 以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。<br>(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。<br>(3)肺炎腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。<br>(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)。<br>(5)腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。<br>(6)視網膜剝離或出血、視神經病變。<br>(7)癌症(惡性腫瘤)。<br>(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。<br>(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。<br>(10)紅斑性狼瘡、膠原症。<br>(11)愛滋病或愛滋病帶原。<br>2.目前身體機能是否有下列障害：<br>(1)失明。<br>(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○·三以下。<br>(3)聾。<br>(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。<br>(5)啞。<br>(6)咀嚼、吞嚥或言語機能障害。<br>(7)四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。<br>3.被保險人之配偶及子女現在是否有以上 1-2 項之情事？(投保配偶或子女附約者，請填寫) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><b>上述事項答覆為"是"時，請詳填下列資料：</b><br>1.病名(外傷者含受傷部位) 2.就診醫院 3.就診大約起訖時間<br>自 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日<br>4.診療過程(門診、住院、或手術名稱) 5.現在狀況<br><input type="checkbox"/> 無須追蹤治療<br><input type="checkbox"/> 繼續追蹤治療：最近一次就診年月 _____ |
| 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受傷或生病住院治療七日以上？                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 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？<br>(1)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。<br>(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。<br>(3)肺炎腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。<br>(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)。<br>(5)腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。<br>(6)視網膜剝離或出血、視神經病變。<br>(7)癌症(惡性腫瘤)。<br>(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。<br>(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。<br>(10)紅斑性狼瘡、膠原症。<br>(11)愛滋病或愛滋病帶原。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 5.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？<br>(1)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。<br>(2)食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。<br>(3)肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。<br>(4)慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。<br>(5)痛風、高血脂症。<br>(6)青光眼、白內障。                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 6.目前身體機能是否有下列障害：<br>(1)失明。<br>(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○·三以下。<br>(3)聾。<br>(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。<br>(5)啞。<br>(6)咀嚼、吞嚥或言語機能障害。<br>(7)四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 7.現在是否患有下列疾病？(投保健康保險者請回答)<br>胸廓畸形、脊柱彎曲、脊椎關節炎、椎間盤凸出、關節炎、痛風性關節炎、中耳炎、膽脂瘤、鼻竇炎、心雜音、靜脈曲張、膽石症、膽囊炎、慢性胃炎、腎結石、輸尿管結石、前列腺肥大、疝氣、甲狀腺肥大、缺鐵性貧血、惡性貧血、神經痛。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 8.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)(投保連結「全民健康保險重大傷病範圍」健康保險者填寫)<br>(1)六個月內有二次或二次以上的 X 光或超音波或血液檢查。<br>(2)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。<br>(3)肌電圖或神經傳導檢查。                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 9.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？(投保含認知功能障礙保險給付商品者請回答)<br>阿茲海默氏病、失智症。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

**※ 聲明事項**  
 (一) 本人(被保險人)同意(安聯人壽保險公司)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。  
 (二) 本人(被保險人、要保人)同意(安聯人壽保險公司)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。  
 (三) 本人(被保險人、要保人)同意(安聯人壽保險公司)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。

要 保 人 簽 名：\_\_\_\_\_ 被保險人(配偶)簽名：\_\_\_\_\_

被 保 險 人 簽 名：\_\_\_\_\_ 被保險人(子女)簽名：\_\_\_\_\_

法定代理人/監護人/輔助人簽名：\_\_\_\_\_ 被保險人(子女)簽名：\_\_\_\_\_

要保人、被保險人未滿 7 足歲/受監護宣告者，由法定代理人/監護人代為簽名；未成年/有監護人或輔助人者，需其法定代理人/監護人/輔助人簽名。

中華民國：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 保險業務員/經紀人/代理人簽名：\_\_\_\_\_

【※契約內容變更件請續填下頁】



NL00111101

**【※契約內容變更件使用 (即新契約未承保件無須填寫)】**

**D. 重要事項告知書(投保連結「全民健康保險重大傷病範圍」健康保險者填寫, 如: NHR)**

- ※被保險人經醫師首次診斷為重大傷病, 並備齊保單條款所約定申領重大傷病保險金之文件, 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, 或於投保前曾經「區域醫院」層級以上(含)之醫師診斷符合投保當時「全民健康保險重大傷病項目及其證明有效期限」所載之項目, 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項目及其證明有效期限」所載之項目, 但不包含以下項目:  
(1)先天性凝血因子異常。(2)先天性新陳代謝異常疾病。(3)心、肺、腸胃、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。
- ※附約保險商品續保保險費係依據給付內容及被保險人到達年齡計算, 並按續保生效當時依規定陳報主管機關之費率, 於續保時重新計算續保保險費, 但不得針對個別被保險人身體狀況調整之。  
例如, 安聯人壽寶滿多重大傷病健康保險附約之給付項目「重大傷病保險金」, 其給付金額如下, 因依不同保單年度其給付內容而有差異, 其續保保險費將會較投保時保費顯著增加:  
一、於投保之保險單年度內: 保險金額之百分之十。  
二、於續保之保險單年度內: 保險金額。

|                                                                                                                       |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 本人已確實審閱及瞭解其內容<br><input checked="" type="radio"/> 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。 | 未滿7足歲/受監護宣告者, 由法定代理人/監護人代為簽名         |
|                                                                                                                       | 要保人簽名:                               |
|                                                                                                                       | 要保人為未成年/有監護人或輔助人者, 需其法定代理人/監護人/輔助人簽名 |
|                                                                                                                       | 法定代理人/監護人/輔助人簽名:                     |

**E. 壽險業履行個人資料保護法告知書:**

- 一、蒐集之目的: (一)〇〇一人身保險。(二)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)識別類(例如姓名、性別、出生年月日、本籍、住址、電話、身分證統一編號)。(二)特徵類(例如家庭情形、教育程度、職業、財務狀況、健康情況)。(三)病歷、醫療、健康檢查。(四)保險契約所需填載及保險契約變更申請所需填載之其他必要事項。
- 三、個人資料之來源: (一)要保人、被保險人。(二)當事人之法定代理人、輔助人。(三)各醫療院所(四)與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。
- 四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式: (一)期間: 因執行業務所必須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、財團法人保險事業發展中心、財團法人金融消費評議中心、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。
- 五、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。(相關申請表單可洽客服專線 0800-007-668, 並以書面(正本)親送或郵寄方式向本公司辦理。)
- 六、台端不提供個人資料所致權益之影響: 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、契約變更、遲延或無法辦理契約變更。
- ※履行本告知義務, 不限取得當事人簽名, 縱無簽署亦不影響告知效力, 本公司採告知書內容與保險契約相關文件合併列印方式保全履行告知義務之證明。

**F. 服務人員專用欄:**

※申請契約內容項目如為下列者, 請服務人員加填下列資料:

- 中途加保「壽險/意外傷害保險附約」。
- 「投資型人壽保險/意外傷害保險」提高保險金額。
- 變更保險金扣除額。

**1. 要保人與被保險人財務狀況(新臺幣萬元為單位, 以阿拉伯數字填寫)**

|                  | 被保險人        | 要保人<br>(與被保險人同一人無須填寫) |
|------------------|-------------|-----------------------|
| 個人工作年收入          | 新臺幣約_____萬元 | 新臺幣約_____萬元           |
| 個人其他年收入(如利息、房租等) | 新臺幣約_____萬元 | 新臺幣約_____萬元           |
| 家庭年收入            | 新臺幣約_____萬元 | 新臺幣約_____萬元           |
| 資產(含動產與不動產)      | 新臺幣約_____萬元 | 新臺幣約_____萬元           |
| 負債               | 新臺幣約_____萬元 | 新臺幣約_____萬元           |

\*若要保人/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。

(請敘明配偶之工作內容: \_\_\_\_\_)

\*若要保人/被保險人為未成年人/學生時, 請於家庭年收入欄位填寫其父母或法定代理人年收入總和。

(請敘明父母或法定代理人之工作內容: \_\_\_\_\_)

\*本保件家中主要經濟來源者(係指個人年收入佔家庭年收入比例最高者):

☐要保人 ☐要保人之配偶 ☐要保人之父母 ☐被保險人 ☐其他(請說明): \_\_\_\_\_

**2. 保費來源**

☐S. 薪資收入、☐H. 遺產饋贈、☐I. 投資收入、☐R. 租金收入、☐P. 退休金、☐C. 儲蓄、☐E. 定存解約、  
☐K. 終止契約(保單解約)、☐L. 貸款(含保單借款、房貸、信貸等)、☐O. 其他: \_\_\_\_\_

**3. 保險業務員/經紀人/代理人簽名:** \_\_\_\_\_ **業務員登錄字號/執業證號:** \_\_\_\_\_



NL00111102

NL00111102