

保單號碼

G30810-001

國泰人壽團體保險投保申請書暨健康告知聲明書

102.03.01 國壽字第 102030032 號函備查

114.11.01 國壽字第 1140110003 號函備查

※本投保申請書暨健康告知聲明書係附於並構成「國泰人壽團體保險要保書(A式)」之一部分。

壹、被保險人基本資料

要保單位：臺北市公務人員協會

員工編號：0000 地址： 台北市00區00路00號0樓 手機號碼：0900000000

E-Mail 信箱：XXX@mail.com

身故保險金或喪葬費用保險金受益人								
被保險人	姓名	出生年月日 身分證字號	職業 工作內容	投保 等級	姓名	身分證號碼	與被保人關係	聯絡電話
本人	陳○○	60.1.1 A1XXXXXXX	職員 處理文書	等級○				
配偶				等級				
子女				等級				
				等級				
				等級				
				等級				
監護宣告及 身心障礙詢問		1.以上被保險人是否有領取身心障礙手冊或有身心障礙證明者？ <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 2.被保人是否有受監護宣告者？ <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，凡勾選有者，請填寫姓名及提供證明文件。姓名：						
投保同業醫療險狀況 (含日額或實支實付給付擇一)		1.以上被保險人是否有投保同業實支實付型醫療險？ <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，姓名： 2.以上被保險人是否有投保同業實支實付型傷害醫療險？ <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，姓名：						

※身故保險金受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫或未填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。

貳、告知事項

被保險人目前之身高、體重	本人	配偶	子女			
	175公分	公分	公分	公分	公分	公分
	65公斤	公斤	公斤	公斤	公斤	公斤
※下面各欄內請由被保險人親自以「✓」表示告知 投保壽險者，請回答下列1-7項之問題；投保健康險者，請回答下列1-8項之問題； 投保傷害險者，請回答下列第9項之問題。	是	否	是	否	是	否
1.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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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？ (亦可提供檢查報告代替回答)。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.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。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.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 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。 (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 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。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



711074



11402 版

告知事項	本人	配偶	子女			
	是	否	是	否	是	否
6.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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.女性被保險人回答：(1)過去一年內是否曾因患有乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位、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？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.(1)現在是否仍患有上述 1-7 項所列疾病？ (2)現在是否仍患有下列疾病： (A)飛蚊症、中耳炎、內耳炎、乳突炎、外耳炎、坐骨神經痛、脊椎彎曲、脊椎骨脫出症、骨折、蜂窩組織炎、史帝芬一強生症候群、骨質疏鬆症、肌無力、進行性肌萎縮、運動神經元疾病、硬皮症、股骨頭壞死、椎間板脫出、關節脫臼、骨膜炎、骨髓炎、關節炎。 (B)腎上腺機能亢進或低下、染色體異常、良性腫瘤、良惡性不明腫瘤、原位癌、抹片異常、膿瘍、息肉、結節、痛風、酒精或藥物濫用成癮。 (C)結核病、腦膜炎、梅毒、腦炎、水腦症。 (D)智能障礙、神經炎、神經痛、腦性麻痺、多發性硬化症、舞蹈症、癡呆症、精神官能症、憂鬱症。 (E)肺水腫、肺炎、胸膜炎、鼻中隔彎曲、鼻竇炎、慢性鼻炎、氣胸、慢性阻塞性肺部疾病、肺沉著症、肺積膿、肋膜積水。 (F)心絞痛、動脈瘤、心臟瓣膜疾病、動靜脈栓塞及血栓症、食道靜脈曲張、血液凝固缺陷、紅血球過多症、貧血、高血壓症(指收縮壓 140mmHG 舒張壓 90mmHG 以上)。 (G)肝腫大、消化性潰瘍或出血、慢性胃炎、肝膽結石、腸阻塞。 (H)腎炎、腎水腫、泌尿系統結石、血尿、膀胱炎、尿道炎、輸卵管炎、卵巢炎、骨盆腹膜炎、前列腺肥大或發炎、子宮頸糜爛、子宮脫出。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.(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？ (A)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。 (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。 (2)目前身體機能是否有下列障害： (A)失明。(B)聾。(C)啞。 (D)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。 (E)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 50 分貝(dB)以上。 (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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※被保險人之健康情形若有上列 1-9 項所述的情況，請詳填：●姓名、●病名（外傷者，含受傷部位）、●就診醫院、●大約就診期間、●診療過程（門診或住院）、●有無手術、●治療結果及目前狀況						

參、聲明事項：

一、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。

二、本人（被保險人、要保人）同意貴公司將本要保書上所载本人資料轉送產、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與否之依據。

三、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。

※本要保書告知事項均經要保人及被保險人確認，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，本公司得依保險法第六十四條之規定解除契約，其危險發生後亦同。

※本人（被保險人）於填寫要保書時，已審閱貴公司所提供之「個人資料保護法應告知事項」。



被保險人簽名：陳○○ / _____ / _____ / _____

法定代理人/監護人/輔助人簽名：_____ 中華民國○○年○○月○○日

1. _____ 關係 _____ 身分證字號 _____ 國籍 _____ 出生年月日 _____

2. _____ 關係 _____ 身分證字號 _____ 國籍 _____ 出生年月日 _____

註：若要保書已有資料者，可免填寫關係、身分證字號及出生年月日。

招攬人員 (業務員/ 保險經紀人/ 保險代理人)	簽名	1. ○○○	2. _____	3. _____	4. _____	5. _____	6. _____
	登錄證字號 (執業證號)	XXXXXXXXXX	_____	_____	_____	_____	_____
				職域代號			



711075



11402 版