

元大人壽團體保險健康聲明書

※本「元大人壽團體保險健康聲明書」附於並構成「元大人壽團體保險要保書」之一部份。
被保險成員(員工)基本資料：

106年10月16日元壽字第1060002813號函備查
109年1月1日元壽字第1080003587號函備查

保單號碼：_____ 部門名稱：_____ 職稱：_____

姓名：_____ 身分證字號：_____ 員工編號：_____

電話(公)：_____ 分機 _____ 行動電話：_____ 電話(宅)：_____

聯絡地址：□□□ _____

被保險人姓名	(一)	(二)	(三)	(四)	(五)	(六)
	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否
被保險人是否已投保其他商業實支實付型醫療保險？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選)? 如勾選是者, 請提供。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)? 如勾選是者, 請提供相關證明文件。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

被保險人告知事項：

***請被保險人親自據實說明，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，保險公司得依保險法第六十四條解除本保險契約。**

***保險法第127條：保險契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，保險人對是項疾病或分娩，不負給付保險金額之責任。**

被保險人之職業及兼業	(一)	(二)	(三)	(四)	(五)	(六)
被保險人目前之身高、體重	公分	公分	公分	公分	公分	公分
	公斤	公斤	公斤	公斤	公斤	公斤
被保險人告知事項	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否
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"/>
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140mmHg或舒張壓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、壓肺症、肺結核。(4)肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GOT、GPT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。	<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 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、四肢機能障害?	<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"/>



N00255



GP-202001035

被保險人告知事項(續前頁)	是	否	是	否	是	否	是	否
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_____週？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.投保健康險者請告知被保險人過去一年內除1至7項所列的疾病問項外，是否曾經醫師診斷患下列疾病而接受治療、診療或用藥？ A.冠狀動脈硬化、動靜脈炎、靜脈曲張。B.肺炎、肋膜炎、氣胸、胃炎、腸炎、脂肪肝、膽囊炎。C.腎結石、腎膿瘍、腎水腫、腎硬化症、輸尿管結石、尿道炎、膀胱結石、膀胱炎、血尿、蛋白尿、梅毒、淋病、淋巴腺炎或腫大。D.腦膜炎、脊髓炎、顏面神經麻痺、坐骨神經痛、多汗症。E.脊椎炎、關節炎、椎間盤凸出、脊椎滑脫、舞蹈症。F.中耳炎、梅尼爾氏症、鼻竇炎、鼻中隔彎曲、鼻息肉。G.川崎氏症、蠶豆症。H.攝護腺肥大或發炎(男性被保險人回答)。I.卵巢囊腫、骨盆腔炎、子宮肌瘤、乳房纖維囊腫、子宮頸糜爛。(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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.投保傷害保險者請告知 (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？ 高血壓症(指收縮壓140mmHg或舒張壓90mmHg以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤、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、癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病、糖尿病、酒精或藥物濫用成癮、眩暈症、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.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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

說明欄：上述1-9項告知事項回答『是』者，請說明疾病名稱、就診/住院醫療院所、日期及檢查、治療情況如下：

姓名	病名	就診醫療院所	是否住院	是否手術	大約治療期間及治療情況	大約最後求診日
			<input type="checkbox"/> 是，約_____天 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
			<input type="checkbox"/> 是，約_____天 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

其他：

聲明事項：

- 本人(被保險人)同意元大人壽保險股份有限公司(以下簡稱貴公司)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。
- 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。
- 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。
- 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，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。
- 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，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。

被保險人簽名：(請親自簽正楷中文全名，未滿7足歲者或受監護宣告之無行為能力人，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名；7歲(含)以上未滿20足歲者，由本人及法定代理人簽名)

(一)_____/(二)_____/(三)_____

(四)_____/(五)_____/(六)_____

法定代理人親簽：_____

申請日期：民國_____年_____月_____日