_						_			
I	🛱 富邦人壽	健康	聲	明	書(共二頁)	ı			
保單			,	. •	要 保 人:				
	※要保人/被保險人就下列詢問及告知事項應詳實告知,並應親自填寫。 被保險人:								
<u> </u>	被保險人身心障礙詢問事項:					•			
A.à	<b>安保險人是否領有身心障礙手冊或身心</b>	3障礙證明?(言	青勾選,若	勾選是	是者,請提供手冊或證明。)… 🗌 1.是 🔲 2.否				
	B.前項領有身心障礙手冊或身心障礙證明之被保險人為:								
□ 主被保險人 □ 附加「親子型」豁免保險費附約之被保險人(即要保人) □ 眷屬(姓名)									
			ek alk 1.1 KK .		mb to				
A.服務單位: 營業性質 B.請詳述工作內容(含兼業):		学業性質・		職位:					
D. ē	自并处工作内 <b>在</b> (召兼来)·				職業代碼:				
					兼業代碼:				
三·2	被保險人健康告知			1					
OA.	目前身高 公分 OB.體重	公斤			( <b>淡壽險若為安泰女性終身保險者需加填寫第9項。</b> ) 9.本人、配偶或子女是否曾患有下列疾病?				
	(※主約更約及附加健康險者填寫。)	- u. 44 = 19 1	h. O						
	下列壽險部份告知事項,是否	↑有為"是" 1 □ 1.是	<b>₹</b> ?		貓哭症候群、巴陶氏症、愛德華氏症、唐氏症、貓眼症候群 先天性脊柱裂、先天性腦膨出、先天性脊髓或脊髓膜膨出	`			
	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	其他檢查或治	壽	苯酮尿症、高胱胺酸尿症、半乳糖症、粘多醣症、肝糖貯利症、脂肪貯積症、威爾遜氏病、重症地中海型貧血、心室中				
	療?若"是",請詳述檢查時間、原因、 告,以供參考)	項目及結果?(亦可	丁提供檢查報	險	隔缺損、開放性動脈管、心房中隔缺損、肺動脈瓣膜狹窄 主動脈瓣狹窄、法洛氏四合症、大動脈轉位、三尖瓣閉鎖				
	2.最近二個月內,是否曾因受傷或生病接受 3.過去五年內是否曾患有下列疾病而接受醫師			部	主動脈弓縮窄、纖維性囊腫、生殖器性別不明、先天性耳聾	`			
	A.高血壓症 (指收縮壓 140mm 以上或舒引	長壓 90mm 以上)、3	<b>陝心症、心肌</b>		先天性失明、先天性腦性麻痹、血友病、先天性食道閉鎖会 併有或無氣管食道瘻管、先天性膽道閉鎖、先天性無肛症	•			
	<b>梗塞</b> 、心肌病變、心內膜炎、風濕性心 <b>管瘤</b> 、心臟瓣膜疾病(狹窄、閉鎖不全			分	先天性甲狀腺功能低下、先天複合性免疫缺乏症、先天丙利 球蛋白缺乏症、高血氨症、白胺酸代謝異常、軟骨發育不分				
	搏過緩或心搏過速症)? B. <b>腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤</b> 、腦動	5.1版血管瘤、腦動靜服	<b>永時刑、名發</b>		症、成骨(發育)不全症、瓦登伯革氏症候群、運動神經方	t			
	性硬化症、脊髓病變、肌肉萎縮症、癲癇				疾病、先天性泛垂體低下症、左心發育不全症、右心室發育不全症、單心室、全肺靜脈回流異常、永久動脈幹、Ebstei				
	巴金森氏症、精神病? C.肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結;				氏畸型?				
	D.肝炎、肝內結石、 <b>肝硬化</b> 、肝功能異常 肝炎帶原?	(異於檢驗時所提供	之參考值)、		※被保險人若投保健康險主、附約(含重大疾病險、防癌險				
	E.腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、 <u>尿</u> F.視網膜病變、出血或剝離、視神經病變				醫療險、長期看護險或豁免保險費),或投保商品之給付項 目含有健康險給付時,除壽險部份告知事項需勾選外,請昇				
	G.癌症 (惡性腫瘤)、大腸息肉?		11:		回答以下告知事項:				
	H. <b>血友病</b> 、白血病、貧血(再生不良性貧 I.糖尿病、類風濕性關節炎、肢端肥大症、			健	10.除壽險部份所列疾病外,現在及過去一年內是否仍患有了列疾病? □ 1.是 □ 2.否				
	腺或副甲狀腺功能亢進或低下、腎上腺: J.紅斑性狼瘡、膠原症?	功能亢進或低下?		康	A.腦炎、腦膜炎、水腦症?				
壽	K. 愛滋病或愛滋病帶原?	7. <b>4.</b> 1. 1. ( <b>4</b> )	1.0	險	B.複視、角膜疾病、葡萄膜炎、飛蚊症、梅尼爾氏症、P 耳前庭神經炎、中耳炎、乳突炎、鼻竇炎、鼻中隔彎曲				
險	4.過去五年內是否曾因受傷或生病住院檢查   5.過去一年內是否曾因患有下列疾病而接受			部	鼻息肉? C.肺炎、支氣管炎、肋膜炎、氣胸、咳血?				
部	A. 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症、腦震盪 B. 食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍/			分	D. 胃炎、膽結石、膽囊炎、痔瘡、便血、急躁大腸症候群?				
分	C.肝膿瘍、黄疸、肝或脾腫大? D.慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞			~	E.泌尿系統結石、泌尿系統發炎、蛋白尿、血尿、骨盆用 發炎、攝護腺肥大/發炎、疝氣、陰道異常出血?				
	E.痛風、高血脂症?	1			F.骨折、關節炎、椎間板突出、坐骨神經痛、人工裝置物 子宮脫出、運動神經原疾病、痙攣、硬皮症?	`			
	F.青光眼、白內障? 6.目前身體機能狀況是否有 <b>智能障礙(外表</b> 氣	無法明顯判斷者)或	失明、聾啞及		G.甲狀腺腫、蠶豆症、靜脈曲張、良性腫瘤?				
	言語、咀嚼、四肢機能障害(缺肢、麻痹 7.被保險人為女性時,請回答下列問題?				※被保險人若投保傷害險,或投保商品之給付項目含有意外債	<b>b</b>			
	A.過去一年內是否曾患乳腺炎、乳漏症、子	宫內膜異位症、陰道	道異常出血而		客給付時,請回答以下告知事項: 11.在過去兩年內是否曾患有 <b>毒險部份粗體字加底線</b> 之疾病:	_			
	接受診療、治療或用藥? B.目前是否已確知懷孕?若「是」,已經幾	调?	週		而接受醫師治療、診療或用藥? □ 1.是 □ 2.否				
	最後一次月經日 □□□ 年 □	月 日 E	•		12.目前身體機能是否有下列障害(請勾選) □ 1.是 □ 2.3				
	(※壽險若為富邦人壽媽咪好孕保險者需加			傷	A. 失明。				
	8.本人、配偶或子女是否曾患有下列疾病?· 貓哭症候群、巴陶氏症、愛德華氏症、唐			害	B.是否曾因眼科疾病或傷害接受眼科專科醫師治療、診察 或用藥,且一目視力經矯正後,最佳矯正視力在萬國初				
	裂、先天性腦膨出、先天性脊髓或脊髓膜症、高胱胺酸尿症、半乳糖症、黏多醣症	膨出、先天性腦性麻	麻痺、苯酮尿	險	力表○.三以下。 C. 聾。				
	爾遜氏病、高血氨症、白胺酸代謝異常、	重症地中海型貧血、	· 血友病、心	部	D.是否曾因耳部疾病或傷害接受耳鼻喉科專科醫師治療、				
	室中隔缺損、開放性動脈管、心房中隔缺 狹窄、法洛氏四合症、大動脈轉位、三尖			分	診療或用藥,且單耳聽力喪失程度在五十分貝(dB)以 _ 上。	۸.			
	育不全症、右心室發育不全症、單心室、至 Ebstein 氏畸型、先天性食道閉鎖合併有或				E.啞。 F.咀嚼、吞嚥或言語機能障害。				
	鎖、先天性無肛症、先天性甲狀腺功能低	下、先天性泛垂體低	5.下症、先天		G.四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。				
	複合性免疫缺乏症、先天丙種球蛋白缺乏育)不全症、纖維性囊腫、生殖器性別不								
※	│ 瓦登伯革氏症候群? 「列問題中,若「是」,請註明問題號碼、病名	、罹病時間、治療性	形、監院夕稲	及日前	 前狀況於下:				
本用									

<ul><li>1.請評述配偶職業(含兼業)工</li></ul>	術附加眷屬附約時,應詳細回答 -作內容(配偶附加時填寫):	B 1 1/1/14/26 1	Taly all all arts a	
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	., ., 2		職業代碼:	
2.請詳述子女職業(含兼業)エ			職業代碼:	
			職業代碼:	
B.投保眷屬中,若附加傷害險	₹,是否曾患有上述第三項中,第 ₹,是否患有上述第三項中,第 姓名、罹病時間、病名、治療時	11 至 12 項所列之有關疾病問題	夏?若「是」,請詳細說明。	🗌 1.是 📗 2.否
	- 產兒?			 ······
若「是」,懷孕幾週生產?	] 週,出生時體重多少公克	?	完幾日? 日,目前是否位	B.在院中? 🗌 1.是 📗 2.否
5.若附加之配偶為婦女時,目前	「是否已確知懷孕?若「是」, 已	.經週;最後一次月經	日 □□□ 年 □□月	□□□□□1.是□2.否
若「是」,請註明問題號碼	附約之被保險人(即 <b>要保人)</b> , 、病名、罹病時間、治療情形、 保險費附約之被保險人(即 <b>要</b> 6	醫院名稱及目前狀況於下:		1.是 □ 2.₹
			兼業代碼:	
、被保險人(含眷屬附加				
A.是否曾申請投保人身保險或在 若「是」,請詳列公司名稱、	E保單申請復效時,未能承保或衫申請日期及原因:	被加費承保或附條件承保之情形	<i>?</i> ?	□ 1.是 □ 2.否
	東京大型醫療保險者,請求 東京 	<b>勾選:</b>		
被保險人是否已投保其他商			子女	子女
業實支實付型傷害醫療保險	主被保險人	配偶	姓名:	姓名:
<b>或實支實付型醫療保險</b>	□ 1.是 □ 2.否	□ 1.是 □ 2.否	□ 1.是 □ 2.否	□ 1.是 □ 2.否
		□ 1.是 □ 2.否	□ 1.是 □ 2.否	□ 1.是 □ 2.否
實支實付型傷害醫療保險	□ 1.是 □ 2.否			
或實支實付型醫療保險 實支實付型傷害醫療保險 實支實付型醫療保險 、要保人與被保險人聲明				

額」方式給付。	
本聲明書係在本人輔導下填寫,並經被保險人/要保人/法定代理 人親自填寫及簽名,且本聲明書上填寫事項皆屬實無誤。	申請日期:中華民國 年 月 以下簽名欄,被保險人、要保人、法定代理人請親自簽名。
單 位:	主被保險人簽名: 要保人簽名:
業務人員簽名:	法定代理人簽名: (與要保人或被保險人關係: )
登 錄 字 號:	(要/被保險人未滿 20 足歲,需其法定代理人簽名。) <b>※若附加眷屬附約,請眷屬親自簽名。</b>
保代/保經簽署章:	配 偶簽名:

EAF10402] 【104年02月版

日