

四、眷屬職業及健康告知（倘附加眷屬附約時，應詳細回答下列問題。）

1.請詳述配偶職業（含兼業）工作內容（配偶附加時填寫）：	職業代碼： 兼業代碼：
2.請詳述子女職業（含兼業）工作內容（子女附加時填寫）：	職業代碼： 兼業代碼：
3.A.投保眷屬中，若附加健康險，是否曾患有上述第三項中，第1至7項及第10項所列之有關疾病問題？若「是」，請詳細說明。…… B.投保眷屬中，若附加傷害險，是否患有上述第三項中，第11至12項所列之有關疾病問題？若「是」，請詳細說明。…… 若「是」，請詳細說明眷屬姓名、罹病時間、病名、治療時間（包括診治醫院名稱及詳細治療及追蹤經過）及目前狀況於下：	
4.附加之一歲以下子女是否為早產兒？…… 若「是」，懷孕幾週生產？……週，出生時體重多少公克？……公克，共住院幾日？……日，目前是否仍住院中？……	
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……日……	
（※要保人附加「親子型」豁免保險費附約者填寫。）	
6.A.附加「親子型」豁免保險費附約之被保險人（即要保人），是否曾患有上述第三項中，第1至7項及第10項所列之有關疾病問題？…… 若「是」，請註明問題號碼、病名、罹病時間、治療情形、醫院名稱及目前狀況於下：	
B.請詳述附加「親子型」豁免保險費附約之被保險人（即要保人）職業（含兼業）工作內容。	

五、被保險人（含眷屬附加附約）投保經歷

A.是否曾申請投保人身保險或在保單申請復效時，未能承保或被加費承保或附條件承保之情形？ 若「是」，請詳列公司名稱、申請日期及原因：				<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否
B.投保實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險者，請勾選：				
被保險人是否已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	主被保險人	配偶	子女 姓名：_____	子女 姓名：_____
實支實付型傷害醫療保險	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否
實支實付型醫療保險	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否	<input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否

六、要保人與被保險人聲明事項

1.本人（被保險人）同意富邦人壽得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。

2.本人（被保險人、要保人）同意富邦人壽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。

3.本人（被保險人、要保人）同意富邦人壽就本人之個人資料，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.若投保實支實付型傷害醫療保險：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富邦人壽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富邦人壽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，而富邦人壽仍承保者，富邦人壽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富邦人壽者，同意富邦人壽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.若投保實支實付型醫療保險：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富邦人壽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富邦人壽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，而富邦人壽仍承保者，富邦人壽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富邦人壽者，同意富邦人壽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，但富邦人壽應以「日額」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_____日 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 險 人 簽 名：_____
業 務 人 員 簽 名：_____	要 保 人 簽 名：_____
登 錄 字 號：_____	法 定 代 理 人 簽 名：_____
保代／保經簽署章：_____	（與要保人或被保險人關係：_____） （要／被保險人未滿20足歲，需其法定代理人簽名。） ※若附加眷屬附約，請眷屬親自簽名。
	配 偶 簽 名：_____
	子 女 簽 名：_____