

富邦人壽保險股份有限公司

健康聲明書 (共四頁)

保單號碼： -

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：
(※若同時多位被保險人填寫此健康聲明書內容，此被保險人欄，請填寫主被保險人姓名。)

一、被保險人身心障礙、監護宣告及全民健康保險詢問事項：

(一) 被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？(請勾選，若勾選是者，請提供手冊或證明。)		
(主) 被保險人 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否	附加「要保人與被保險人不同一人型別」之豁免保險費附約被保險人(即要保人) <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否	
配偶 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否	子女姓名： <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否	子女姓名： <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否
(二) 被保險人目前是否受有監護宣告？(請勾選，若勾選是者，請提供相關證明文件。)		
配偶 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否	子女姓名： <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否	子女姓名： <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否
(三) 被保險人是否參加全民健康保險？(若投保全民健康保險重大傷病範圍給付商品，請勾選。)		
配偶 <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否	子女姓名： <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否	子女姓名： <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否

二、被保險人職業及兼業告知

A.服務單位：	營業性質：	職位：
B.請詳述工作內容(含兼業)：		職業代碼： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		兼業代碼： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

三、被保險人健康告知

OA.目前身高 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 公分 OB.體重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 公斤		※被保險人若投保健康險主、附約(含重大疾病險、防癌險、醫療險、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，請另回答以下告知事項：	
壽險部份	(※主約更約及附加健康險者填寫。) 下列壽險部份告知事項，是否有為“是”者？ <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.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，以供參考) 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 140mm 或舒張壓 90mm 以上)、狹心症、心肌梗塞、心肌梗死、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤。 B.腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈硬化症、癱瘓、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。 C.肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。 D.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)。 E.腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。 F.視網膜剝離或出血、視神經病變。 G.癌症(惡性腫瘤)。 H.血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症。 I.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。 J.紅斑性狼瘡、膠原症。 K.愛滋病或愛滋病帶原。 4.過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？ 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？ A.酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。 B.食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。 C.肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。 D.慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。 E.痛風、高血脂症。 F.青光眼、白內障。 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？	健康險部份	8.除壽險部份所列疾病外，現在及過去一年內是否仍患有下列疾病？..... <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否 A.腦炎、腦膜炎、水腦症。 B.複視、角膜疾病、葡萄膜炎、飛蚊症、梅尼爾氏症、內耳前庭神經炎、中耳炎、乳突炎、鼻竇炎、鼻中隔彎曲、鼻息肉。 C.肺炎、支氣管炎、肋膜炎、氣胸、咳血。 D.胃炎、膽結石、膽囊炎、痔瘡、便血、急躁大腸症候群。 E.泌尿系統結石、泌尿系統發炎、蛋白尿、血尿、骨盆腔發炎、攝護腺肥大/發炎、疝氣、陰道異常出血。 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、運動神經元疾病、癱瘓、硬皮症。 G.甲狀腺腫、蠱豆症、靜脈曲張、良性腫瘤。
	7.被保險人為女性時，請回答下列問題？..... <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否 A.過去一年內是否曾因患乳腺炎、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？ B.目前是否已確知懷孕？ 若「是」，已經幾週？..... <input type="text"/> <input type="text"/> 週		傷害險部份

【長期照顧保險、優體保險健康告知問項，請續填下頁。】

22000006101



※若投保富邦人壽特定傷病終身健康保險（主附約）商品，請填寫第 11 項。

11. 本人、配偶或子女是否曾有下列其中之一情形？..... ☐ 1.是 ☐ 2.否
- A.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，以供參考）B.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？ C.過去五年內是否曾患有（註一）所列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？ D.過去五年內是否曾因受傷或生病住院檢查、治療七日（含）以上？ E.過去一年內是否曾因患有（註二）所列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？F.目前身體機能狀況是否有智能障礙（外表無法明顯判斷者）或失明及言語、咀嚼、四肢機能障害（缺肢、麻痺、變形）？G.現在及過去一年內是否仍患有（註三）之疾病？
- （註一） 高血壓症（指收縮壓 140mm 以上或舒張壓 90mm 以上）、狹心症、心肌梗塞、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤、心臟瓣膜疾病（狹窄、閉鎖不全、畸形）或手術、心律不整（心搏過緩或心搏過速症）、腦中風（腦出血、腦梗塞）、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動靜脈畸形、多發性硬化症、脊髓病變、肌肉萎縮症、癲癇、短暫性腦缺血、巴金森氏症、尿毒、視網膜病變、出血或剝離、視神經病變、糖尿病、類風濕性關節炎、紅斑性狼瘡、膠原症。
- （註二） 肢體麻痺、高血脂症。 （註三）關節炎、運動神經元疾病。

※若投保富邦人壽媽咪好孕保險者，需加填寫第 12 項。

12. 本人、配偶或子女是否曾患有下列疾病？..... ☐ 1.是 ☐ 2.否
- 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、先天性腦性麻痺、苯酮尿症、高胱氨酸尿症、半乳糖症、黏多醣症、肝糖貯積症、脂肪貯積症、威爾遜氏病、高血氣症、白胺酸代謝異常、重症地中海型貧血、血友病、心室中隔缺損、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、主動脈弓縮窄、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、Ebstein 氏畸形、先天性食道閉鎖合併有或無氣管食道瘻管、先天性膽道閉鎖、先天性無肛症、先天性甲狀腺功能低下、先天性泛重體低下症、先天複合性免疫缺乏症、先天丙種球蛋白缺乏症、軟骨發育不全症、成骨（發育）不全症、纖維性囊腫、生殖器官性別不明、先天性耳聾、先天性失明、瓦登伯革氏症候群？

※若投保安泰女性終身保險者，需加填寫第 13 項。

13. 本人、配偶或子女是否曾患有下列疾病？..... ☐ 1.是 ☐ 2.否
- 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、苯酮尿症、高胱氨酸尿症、半乳糖症、黏多醣症、肝糖貯積症、脂肪貯積症、威爾遜氏病、重症地中海型貧血、心室中隔缺損、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、主動脈弓縮窄、纖維性囊腫、生殖器官性別不明、先天性耳聾、先天性失明、先天性腦性麻痺、血友病、先天性食道閉鎖合併有或無氣管食道瘻管、先天性膽道閉鎖、先天性無肛症、先天性甲狀腺功能低下、先天複合性免疫缺乏症、先天丙種球蛋白缺乏症、高血氣症、白胺酸代謝異常、軟骨發育不全症、成骨（發育）不全症、瓦登伯革氏症候群、運動神經元疾病、先天性泛重體低下症、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、Ebstein 氏畸形？

※若投保全民健康保險重大傷病範圍給付商品者，需加填寫第 14 項。

14. 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）..... ☐ 1.是 ☐ 2.否
- A.六個月內有二次或二次以上的 X 光或超音波或血液檢查。B.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。C.肌電圖或神經傳導檢查。

※若投保長期照顧保險商品者，需加填寫第 15 項及第 16 項。

15. 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.是 ☐ 2.否
- 阿茲海默氏病、退化性關節炎、骨質疏鬆症、失智症、退化性脊椎炎，伴有脊髓病變者、椎間盤疾患，伴有脊髓病變者，脊椎狹窄、外傷脊椎病變、脊椎腫瘤？
16. 過去一年內是否曾因患有運動神經元疾病而接受醫師治療、診療或藥？..... ☐ 1.是 ☐ 2.否

※前列問題中，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：

※若投保優體保險商品者，需加填寫第 17 項。

17. 過去一年內是否曾使用菸草產品（包括香菸、雪茄、菸斗、咀嚼菸草）或含尼古丁產品（包括電子菸、尼古丁替代藥物）？... ☐ 1.是 ☐ 2.否

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 8 項所列之有關疾病問題？若「是」，請詳細說明。..... ☐ 1.是 ☐ 2.否
- B.投保眷屬中，若附加傷害險，是否患有上述第三項中，第 9 至 10 項所列之有關疾病問題？若「是」，請詳細說明。..... ☐ 1.是 ☐ 2.否
- C.投保眷屬中，若附加全民健康保險重大傷病範圍給付商品，是否患有上述第三項中，第 1 至 7 項及第 14 項所列之有關疾病問題？若「是」，請詳細說明。..... ☐ 1.是 ☐ 2.否
- 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？..... ☐ 1.是 ☐ 2.否
- 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？..... ☐ 1.是 ☐ 2.否
- 5.若附加之配偶為婦女時，目前是否已確知懷孕？..... ☐ 1.是 ☐ 2.否
- 若「是」，已經 □□ 週
- ※要保人附加「要保人與被保險人不同一人型別」之豁免保險費附約時，請填寫。
- 6.A.附加「要保人與被保險人不同一人型別」之豁免保險費附約被保險人（即要保人），是否曾患有上述第三項中，第 1 至 8 項所列之有關疾病問題？..... ☐ 1.是 ☐ 2.否
- 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「要保人與被保險人不同一人型別」之豁免保險費附約被保險人（即要保人）職業（含兼業）工作內容。職業代碼：

兼業代碼：



五、被保險人（含眷屬附加附約）投保經歷

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保險公司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、「全民健康保險重大傷病範圍給付商品」重要事項告知書（若投保全民健康保險重大傷病範圍給付商品者，請加寫此欄。）

<p>1.被保險人經醫師首次診斷為重大傷病，並備齊本契約條款所約定申領「重大傷病保險金」之文件，才符合重大傷病保險金申領資格。</p> <p>2.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範圍及其證明有效期限」所載之項目者，本公司不負給付「重大傷病保險金」的責任。</p> <p>3.本險重大傷病範圍為「全民健康保險重大傷病範圍及其證明有效期限」所載之項目，但不包含以下項目：</p> <p>(1)遺傳性凝血因子缺乏。</p> <p>(2)先天性新陳代謝異常疾病。</p> <p>(3)心、肺、胃腸、腎臟、神經、骨骼系統等之先天性畸形及染色體異常。</p> <p>(4)先天性免疫不全症。</p> <p>(5)職業病。</p> <p>(6)先天性肌肉萎縮症。</p> <p>(7)外皮之先天畸形。</p> <p>(8)早產兒所引起之神經、肌肉、骨骼、心臟、肺臟等之併發症。</p>	
<p>※本人已確實審閱及瞭解其內容。..... <input type="checkbox"/> 是</p> <p>◎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：</p> <div style="border: 1px solid black; width: 280px; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>	<p>以下簽名欄，要保人、法定代理人/監護人/輔助人請親自簽名。</p> <p>要 保 人 簽 名：_____</p> <p>法定代理人/監護人/輔助人簽名：_____</p>



七、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。

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。

八、病歷、醫療及健康檢查個人資料蒐集、處理及利用補充告知事項

本公司依個人資料保護法第八條規定向您告知，基於執行人身保險業務需要，於保險法第一百七十七條之一第二項管理辦法規定之範圍內（包含轉送予與本公司有業務往來之再保險公司辦理核保或理賠業務），經您書面同意後，就您的病歷、醫療及健康檢查個人資料為蒐集、處理及利用。

其他有關個人資料蒐集、處理及利用告知事項內容，已列載於投保時提供之「富邦人壽保險股份有限公司履行個人資料保護法告知說明書」，或辦理保全變更申請表單（如：保險契約內容變更申請書）之個人資料蒐集、處理及利用告知事項，請併同詳閱瞭解。

本要保書係在本人輔導下填寫，並經被保險人／要保人／法定代理人／監護人／輔助人親自填寫及簽名，且要保書上填寫事項皆屬實無誤。

單 位：_____

業務人員／
保險經紀人／代理人
簽 名：_____

業務人員登錄字號／
保險經紀人／代理人
執業證書編號：_____

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／監護人／輔助人請親自簽名。

主 被 保 險 人 簽 名：_____

要 保 人 簽 名：_____

（要／被保險人未成年或受監護／輔助宣告者，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：_____

法定代理人／監護人／輔助人
身 分 證 號 碼：_____

法定代理人／監護人／輔助人
國 籍：_____

法定代理人／監護人／輔助人
出 生 日 期：_____

法定代理人／監護人／輔助人與要保人或被保險人關係：_____

※若附加眷屬附約，請眷屬親自簽名。

配 偶
簽 名：_____

子 女
簽 名：_____

以下欄位由富邦人壽承辦人員填寫

助理受理欄

☐備註

紙本覆核者

承辦單位收訖章

