



健康告知暨聲明書



3C03

注意事項：

- 一、要保人、被保險人對「告知事項」之書面詢問，應據實說明並親自填寫。如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少本公司對於危險之估計者，本公司依保險法第 64 條之規定得解除本保險契約，其危險發生後亦同；申請復效、增加保險金額變更時，其約定無效，並回復至復效前或保額增加前之原契約狀態。
- 二、投保健康保險者，依保險法第一百二十七條：「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」。
- 三、提醒您，本聲明書 1-5 頁皆須檢附，填寫完成後敬請於第 4 及 5 頁親自簽署。
- 四、提醒您，請勿於空白聲明書上簽名；如有塗改更正，請要保人/被保險人於塗改處旁簽名確認。

保單號碼		填寫日期	年	月	日
------	--	------	---	---	---

◆請使用深色且不易被擦拭之筆類勾選 告知事項及填寫告知內容。

辦理「主契約保險契約轉換或投資型保險型態變更/保險金額增加」、「新加保附約或增加額度」、「停效已逾六個月復效」及「重新評估批註事項」者，請依下列被保險人，逐項勾選。

	主契約 被保險人	配偶附約 被保險人	子女①附約 被保險人	子女②附約 被保險人	要保人投保 豁免保險費附約	
基本	是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？ 勾選為「是」者，請提供手冊或證明文件影本。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	被保險人目前是否受有監護宣告？勾選為「是」者，請提供相關證明文件影本。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
資料	有新加保下列類型商品者，請依被保險人逐項勾選：					
	是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	是否已投保其他商業實支實付型醫療保險？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
被保險人投保連結「全民健康保險重大傷病範圍」之健康保險者，是否參加全民健康保險？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

請依商品類型分別回答告知事項項次（配偶/子女亦同）

壽險	第 1-8 項
健康險/重大疾病/失能險	第 1-9 項
長照險	第 1-9 項及第 12 項
傷害險	第 1 項職業及第 10-11 項
全民健康保險重大傷病	第 1-9 項及第 13 項

被保險人職業內容若與先前告知不同者，本公司將逕行同時辦理職業類別變更，日後若有變動時，請務必再以〔契約內容變更申請書〕通知本公司，以維護您的權益。

被保險人未滿 6 歲者，如為早產兒或低體重兒【早產兒指懷孕週數未達 37 週，低體重兒指出生體重不足 2,500 公克（含）】，請檢附「幼童問卷」及「兒童健康手冊影本」。

被保險人告知事項

01	主契約被保險人目前之身高 _____ 公分／體重 _____ 公斤(A1)、 職業請填寫如下： 工作性質及內容(含兼職)： _____	(請勾選) 是／否
02	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(A2)? (亦可提供檢查報告代替回答)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
03	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(A3)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
04	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? 高血壓症(指收縮壓 140mmHg 舒張壓 90mmHg 以上)(B1)、狹心症(B2)、心肌梗塞(B3)、心肌肥厚(B4)、心內膜炎(B5)、風濕性心臟病(B6)、先天性心臟病(B7)、主動脈血管瘤(B8)、腦中風(腦出血、腦梗塞)(C1)、腦瘤(C2)、腦動脈血管瘤(C3)、腦動脈硬化症(C4)、癲癇(C5)、肌肉萎縮症(C6)、重症肌無力(C7)、智能障礙(外表無法明顯判斷者)(C8)、巴金森氏症(C9)、精神病(C10)、肺氣腫(D1)、支氣管擴張症(D2)、塵肺症(D3)、肺結核(D4)、肝炎(E1)、肝內結石(E2)、肝硬化(E3)、肝功能異常(GPT、GOT 值檢驗值有異常情形者)(E4)、腎臟炎(F1)、腎病症候群(F2)、腎機能不全(F3)、尿毒(F4)、腎囊胞(F5)、視網膜剝離或出血(G1)、視神經病變(G2)、癌症(惡性腫瘤)(H2)、血友病(I1)、白血病(I2)、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)(I3)、紫斑症(I4)、糖尿病(J1)、類風濕性關節炎(J2)、肢端肥大症(J3)、腦下垂體機能亢進或低下(J4)、甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下(J5)、紅斑性狼瘡(K1)、膠原症(K2)、愛滋病或愛滋病帶原(L1)。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
05	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(M1)、眩暈症(M2)、食道、胃、十二指腸潰瘍或出血(N1)、潰瘍性大腸炎(N2)、胰臟炎(N3)、肝炎病毒帶原(O1)、肝膿瘍(O2)、黃疸(O3)、慢性支氣管炎(P1)、氣喘(P2)、肺膿瘍(P3)、肺栓塞(P4)、痛風(Q1)、高血壓症(Q2)、青光眼(R1)、白內障(R2)。 ②乳腺炎(S1)、乳漏症(S2)、子宮內膜異位症(S3)、陰道異常出血(S4)。 (女性被保險人請回答)	① <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
06	是否已確知懷孕?如是,已經幾週? _____ 週(T1)。 (女性被保險人請回答)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
07	目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害(U1)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
08	過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上(V1)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
09	被保險人有投保健康險時 ,請回答現在是否仍患有下列疾病: 弱視(W1)、中耳炎(W2)、內耳疾病(W3)、重聽(W4)、頭部外傷(W5)、骨折(W6)、胸部畸形及脊柱彎曲(W9)、椎間盤症脫出或分離(W10)、骨骼及關節疾病(W12)、風濕性關節炎(W13)、甲狀腺腫(W14)、良性腫瘤(W16)、神經痛(W17)、鼻竇炎(W18)、心雜音(W19)、不整脈(W23)、缺鐵性貧血(W24)、惡性貧血(W25)、蠶豆症(W26)、慢性胃炎(W27)、膽石症(W28)、膽囊炎(W29)、痔瘡(W30)、腎結石(W31)、膀胱結石(W32)、尿道炎及輸尿管結石(W33)、陰囊水腫(W34)、疝氣(W35)、脊柱機能障礙(W36)、中樞神經機能障礙(W37)、酒精或藥物濫用成癮(W38)、脂肪肝(W39)、川崎氏症(W40)、腦膜炎(W41)、鼻中隔彎曲(W42)、骨盆腔炎(W43)、攝護腺肥大(W44)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10	被保險人有投保傷害險時 ,請回答目前身體機能是否有下列障害: ①失明(G01)。②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(G02)。③聾(G03)。④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(G04)。⑤啞(G05)。⑥咀嚼、吞嚥或言語機能障害(G06)。⑦四肢(含手指、足趾)缺損或畸形(G07)。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

被保險人告知事項		是/否
11	<p>被保險人有投保傷害險時，請回答：</p> <p>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 舒張壓 90mmHg 以上)(C01)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤(C02)、糖尿病(C03)、腦中風(腦出血、腦梗塞)(C04)、腦瘤、癲癇、智能障礙(外表無法明顯判斷者)、精神病(C05)、巴金森氏症(C06)、癌症(惡性腫瘤)(D01)、肝硬化(D02)、尿毒(D03)、血友病(D04)、酒精或藥物濫用成癮(E01)、眩暈症(E02)、視網膜出血或剝離、視神經病變(E03)。</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12	<p>被保險人有投保長期照顧保險時，請回答是否有下列疾病：</p> <p>①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？ 阿茲海默氏病(C11)、退化性關節炎(J6)、骨質疏鬆症(J7)、失智症(C12)、退化性脊椎炎，伴有脊髓病變者(J8)、椎間盤疾患，伴有脊髓病變者(J9)、脊椎狹窄(J10)、外傷脊椎病變(J11)、脊椎腫瘤(J12)。</p> <p>②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？ 運動神經元疾病(C13)</p>	<p>① <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>② <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
13	<p>被保險人有投保連結全民健康保險重大傷病範圍之商品時，請回答：</p> <p>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(X1)？(亦可提供病歷或檢查報告)</p> <p>①六個月內有二次或二次以上的 X 光或超音波或血液檢查。 ②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。 ③肌電圖或神經傳導檢查。</p>	<p>① <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>② <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>③ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
14	<p>配偶投保附約者，請回答：目前之身高 _____ 公分，體重 _____ 公斤， 工作性質及內容(含兼職)： _____ ，有無上述 02-13 項之情形？</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15	<p>子女投保附約者，請回答：</p> <p>子女①目前之身高 _____ 公分，體重 _____ 公斤， 工作性質及內容(含兼職) _____ ，有無上述 02-13 項之情形？</p> <p>子女②目前之身高 _____ 公分，體重 _____ 公斤， 工作性質及內容(含兼職) _____ ，有無上述 02-13 項之情形？</p>	<p>① <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>② <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
16	<p>要保人投保豁免保險費附約者，請回答：目前之身高 _____ 公分，體重 _____ 公斤， 工作性質及內容(含兼職)： _____ ，有無上述 02-13 項之情形？</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>告知事項回答為「是」者時，請註明序號、告知人姓名、病名、疾病/障害部位、就診大約日期、治療方式、治療結果、就診醫院。</p>		

聲明事項

- 一、本人(被保險人)同意宏泰人壽保險股份有限公司得蒐集、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)同意宏泰人壽保險股份有限公司將本申請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。
- 三、本人(被保險人、要保人)同意宏泰人壽保險股份有限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。
- 四、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宏泰人壽保險股份有限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；或本人於投保時已通知宏泰人壽保險股份有限公司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，而宏泰人壽保險股份有限公司仍承保者，宏泰人壽保險股份有限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宏泰人壽保險股份有限公司者，同意宏泰人壽保險股份有限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，但關於實支實付型醫療保險，宏泰人壽保險股份有限公司應以「日額」方式給付。

宏泰人壽履行個人資料保護法告知義務內容

宏泰人壽保險股份有限公司(以下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定，向要保人、被保險人、受益人、保險費實際繳款人告知下列事項，請 台端詳閱：

- 一、蒐集之目的：本公司為執行下列事項，將在合法範圍內蒐集、處理及利用您的個人資料。
 1. 人身保險(00一)。
 2. 行銷(0四0)。
 3. 金融服務業依法令(包含美國海外稅收遵循法)規定制定及金融監理需要，所為之蒐集處理及利用(0五九)。
 4. 非公務機關依法定義務所進行個人資料蒐集處理及利用(0六三)。
 5. 契約、類似契約或其他法律關係業務(0六九)。
 6. 消費者、其他經戶管與服務(0九0)。
 7. 財稅行政(0九五)。
 8. 調查、統計與研究分析(一五七)。
 9. 其他經營業務登記項目或組織章程所定之業務(一八一)。
- 二、蒐集之個人資料類別：本公司蒐集您的個人資料內容詳如各相關業務申請書或契約書內容所載欄位，例如：姓名、生日、身分證統一編號、地址及其他聯絡方式、病歷、醫療、健康檢查、IP 位址、瀏覽器類型、瀏覽紀錄…等相關資訊。
- 三、個人資料之來源(個人資料非由當事人提供之情形適用)：1. 要保人。2. 當事人之法定代理人、輔助人。3. 各醫療院所。4. 與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。
- 四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式：1. 期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。2. 對象：本(分)公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、與本公司有合作推廣或共同行銷之公司、依法有調查權或金融監理機關。3. 地區：上述對象所在之地區。4. 方式：合於法令規定之利用方式。5. 其他關於蒐集瀏覽資訊相關之訊息，請參考本公司網站隱私權政策(<https://www.hontai.com.tw/18pages/privacy>)。
- 五、依據個資法第三條規定，台端就本公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式：1. 得向本公司行使之權利：1-1. 向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。1-2. 向本公司請求補充或更正。1-3. 向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。2. 行使權利之方式：書面、電子郵件、傳真、電子文件。
- 六、台端不提供個人資料所致權益之影響(個人資料由當事人直接蒐集之情形適用)：台端若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能無法承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

宏泰人壽病歷、醫療及健康檢查個人資料蒐集、處理及利用同意書

立同意書人(以下簡稱本人)，同意 貴公司基於客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、追償、申訴及爭議處理、公司依主管機關要求之辦理事項及符合相關法令規範等之目的及範圍內使用等需要，得依據個人資料保護法及保險法第一百七十七條之一第二項管理辦法所規定之範圍內(包含轉送予有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務)，蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查個人資料。

此致 宏泰人壽保險股份有限公司

立同意書人(即主、附約各被保險人)親簽： _____

監護人或輔助人/
法定代理人親簽： _____ 其關係為立同意書人之： _____

簽名／章欄	<p>●本聲明書所有簽章部分為要保人、被保險人及法定代理人本人依本保險契約最近所約定簽名樣式親自簽章，如有虛偽不實，簽章人應負法律上責任。</p> <p>●申請人已詳閱且同意本聲明書之「聲明事項」及「宏泰人壽病歷、醫療及健康檢查個人資料蒐集、處理及利用同意書」，並已詳閱且了解「注意事項」。</p> <p>●若要保人或被保險人以蓋手印代替簽名者，須有二位成年人見證。二位見證人建議至少有一人須為親戚、朋友或社福機構人員，惟二位見證人皆不可為本保單招攬或送件業務員或經辦人員。</p> <p>●要保人／被保險人未成年、受監護宣告或受輔助宣告者，需法定代理人／監護人／輔助人簽名。</p>			
	要保人 親簽	主契約被保險人 親簽	配偶附約被保險人 親簽	子女附約被保險人親簽
				子女1： 子女2：
	法定代理人／監護人或輔助人 親簽		已成年見證人1 親簽	已成年見證人2 親簽
出生日期：_____年_____月_____日 國籍： <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他：_____		身分證統一編號：_____	身分證統一編號：_____	
身分證統一編號：_____				
關係為：_____（請提供身分證明文件）		關係為：_____	關係為：_____	
<p>●本人已核對並確認要保人、被保險人及其法定代理人之身分無誤及其代理之事實；且親視要保人、被保險人及其法定代理人／監護人／輔助人等親自簽章，絕無虛偽情事。</p>				
業務員／執業經紀人（代理人）簽名	登錄字號／執業證號	手機號碼	保經（代）簽署人簽章	

全民健康保險重大傷病範圍給付商品重要事項告知書

●投保連結「全民健康保險重大傷病範圍」之健康保險者填寫

- ※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。
- ※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及其證明有效期限」所載之項目，本公司不負給付「重大傷病保險金」的責任。
- ※本險重大傷病範圍為「全民健康保險重大傷病及其證明有效期限」所載之項目，但不包含以下項目：
- (1)遺傳性凝血因子缺乏。(2)先天性新陳代謝異常疾病。
 - (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。
 - (4)先天性免疫不全症。(5)職業病。(6)先天性肌肉萎縮症。(7)外皮之先天畸形。
 - (8)早產兒所引起之神經、肌肉、骨骼、心臟、肺臟等之併發症。

確 認 欄	<input type="checkbox"/> 本人已確實審閱及瞭解其內容 （請您務必在審閱上述告知事項後，於本項前 <input type="checkbox"/> 內打勾。） <input checked="" type="radio"/> 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。	簽 名 欄	未滿七足歲者，由法定代理人代為簽名； 七足歲以上未成年者，由本人及法定代理人簽名。						
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">同</td> <td style="width: 25%;">意</td> <td style="width: 25%;">投</td> <td style="width: 25%;">保</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		同	意	投	保			
同	意	投	保						