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）

保單號碼		要保人姓名	

※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		簽名欄	
	□**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□內打勾）** ◎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。 □□□□		**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。** 要保人親簽：＿＿＿＿＿＿ 法定代理人／監護人／輔助人親簽： ＿＿＿＿＿＿

3C08