



保單號碼：\_\_\_\_\_

一、被保險人基本資料						
稱謂	被保險人	要保人 (如申請附加豁免保險費附約者,需填寫以下欄位)	眷屬被保險人			
			眷屬一	眷屬二	眷屬三	眷屬四
姓名						
身分證統一編號						
是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明? (勾選「是」者,請提供相關證明文件)	<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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
目前是否受有監護宣告? (勾選「是」者,請提供相關證明文件)	<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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
家族病史	投保台灣人壽寵愛女人終身保險時,請填寫本欄問項:家族中是否曾患有告知事項第17項之疾病? <input type="checkbox"/> 否; <input type="checkbox"/> 是,疾病名稱:_____。					

二、健康告知事項  
 ※要保人與被保險人應據實告知並親自填寫,如有隱匿、遺漏或不實之說明,足以影響台灣人壽對於危險之估計,台灣人壽得依保險法第六十四條規定解除本保險契約,保險事故發生後亦同。

稱謂	被保險人	要保人 (如申請附加豁免保險費附約者,需填寫以下欄位)	眷屬被保險人			
			眷屬一	眷屬二	眷屬三	眷屬四
身高	公分	公分	公分	公分	公分	公分
體重	公斤	公斤	公斤	公斤	公斤	公斤
工作內容(含兼職)						
職業/兼職分類	第 類	第 類	第 類	第 類	第 類	第 類
壽險部分	1. 過去兩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?(亦可提供檢查報告代替回答) 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? 高血壓症(指收縮壓 140mmHg 舒張壓 90mmHg 以上)、狹心症、心肌梗塞、心肌肥厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤、腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈硬化症、癲癇、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、肺氣腫、支氣管擴張症、壓肺症、肺結核、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)、腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞、視網膜剝離或出血、視神經病變、癌症(惡性腫瘤)、血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症、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、紅斑性狼瘡、膠原症、愛滋病或愛滋病帶原。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		※投保健康險主、附約(重大疾病險、特定傷病險、防癌險、醫療險及豁免保險費保險附約)時,除壽險部分告知事項需勾選外,請另外回答以下告知事項: 11. 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)腦膜炎、腦膜炎、多汗症、鼻竇炎、鼻中膈彎曲、支氣管炎、飛蚊症、痔瘡、肛門瘻管、川崎氏症、骨質疏鬆症、亨廷頓氏症、唐氏症、唇顎裂、頭部外傷、腎上腺皮質機能亢進或低下、心臟傳導性疾病、心臟瓣膜缺損、氣胸、大腸躁動症、泌尿道感染、風濕症、四肢麻痺及浮腫、白血球增多症、椎間盤突出症、單核白血球增多症、B型肝炎帶原、肺炎、膽結石、尿路結石、肝內結石、肝腫大、大腸息肉、骨盆腔炎、中耳炎、不明原因發燒超過二週、進行性肌萎縮、硬皮症、卵巢炎、輸卵管炎、前列腺肥大或發炎、慢性胃炎、子宮頸糜爛、子宮脫出、疝氣、腦挫傷、腦震盪。 (2)被保險人若為二歲以下幼兒填寫本項:出生時是否為低體重兒(2500公克以下),若是請說明出生時身高:_____公分、體重:_____公克,有無住保溫箱?其天數為何?(亦可提供兒童健康手冊代替回答) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	4. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上? 5. 目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害? 6. 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、眩暈症。(2)食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。(3)肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。(4)慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。(5)痛風、高血脂症。(6)青光眼、白內障。 ※女性被保險人,請另外回答第7至8項: 7. 過去一年內是否曾有乳腺炎、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? 8. 是否已確知懷孕?如是,已經_____週。		※投保傷害保險主、附約時,請回答以下告知事項: 12. 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)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤、腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、癲癇、智能障礙(外表無法明顯判斷者)、精神病、巴金森氏症、癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病、糖尿病、酒精或藥物濫用成癮、眩暈症、視網膜出血或剝離、視神經病變。 13. 目前身體機能是否有下列障害: 失明、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、聾、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、啞、咀嚼、吞嚥或言語機能障害、四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	※投保長期照顧險時,除壽險部分告知事項需勾選外,請另外回答以下告知事項: 9. 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、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。 10. 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。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		※投保連結「全民健康保險重大傷病範圍」健康險時,除壽險部分及健康險部分告知事項需勾選外,請另外回答以下告知事項: 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)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。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
長期照顧險部分			※投保連結「全民健康保險重大傷病範圍」健康險時,除壽險部分及健康險部分告知事項需勾選外,請另外回答以下告知事項: 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)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。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			



寵愛女人	<p>※投保「台灣人壽寵愛女人終身保險」時，除壽險部分告知事項需勾選外，請另外回答以下告知事項：</p> <p>15. 過去一年內是否曾患有乳房疾病或生殖器官疾病而接受醫師治療、診療或用藥？</p> <p>16. 是否曾患有妊娠期併發症(子宮外孕、子癩前症、子癩症)？</p> <p>17. 被保險女性本人是否曾患有下列疾病？</p> <p>巴陶氏症、愛德華氏症、唐氏症、貓哭症候群、貓眼症候群、脊柱裂、腦膨出、脊髓脊膜膨出、先天性水腦症、腦性麻痺、苯酮尿症、高胱氨酸尿症、半乳糖血症、黏多醣症、肝醣貯積症第二型、威爾遜氏病、白胺酸代謝異常、高血氨症、血友病、重症β地中海型貧血、重症α地中海型貧血、先天性腎上腺增生症、楓糖漿尿症、中鏈醯輔酶A去氫酶缺乏症、戊二酸血症第一型、異戊酸血症、甲基丙二酸血症、先天性甲狀腺低能症、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、橫膈膜疝脫、心室中隔缺損、開放性動脈導管、心房中隔缺損、肺動脈瓣膜狹窄、主動脈瓣膜狹窄、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、軟骨發育不全症、成骨發育不全症、先天性泛垂體低下症、纖維性囊腫、瓦登伯革氏症候群、發展性髖關節發育不良、先天複合性免疫缺乏症、先天性耳聾、先天性失明、唇顎裂、極輕體重兒(出生當時體重不超過1,000公克)。</p>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<p>豁免保險費附約</p> <p>18. 要保人如有投保豁免保險費附約者，現在或過去是否有患有「健康告知事項」第1~9項之情形？</p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> 是  <input type="checkbox"/> 否         </p>
	<p>※以上詢問各項如答覆「是」，請在本欄詳細註明姓名、傷病名稱、就診大約日期、醫院名稱與所在地、治療情形及現在狀況。</p>		

**三、被保險人(含眷屬)投保紀錄**

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？否；是，請填下欄：

姓 名	保 險 公 司 名 稱	投 保 日 期(年/月/日)	投 保 內 容
			<input type="checkbox"/> 實支實付型傷害醫療保險:保額_____元 <input type="checkbox"/> 實支實付型醫療保險:保額_____元
			<input type="checkbox"/> 實支實付型傷害醫療保險:保額_____元 <input type="checkbox"/> 實支實付型醫療保險:保額_____元

**四、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，並請勾選：被保險人是否參加全民健康保險？是 否

※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，台灣人壽不負給付「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。	(5) 職業病
(2) 先天性新陳代謝異常疾病。	(6) 先天性肌肉萎縮症。
(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。	(7) 外皮之先天畸形。
(4) 先天性免疫不全症。	(8) 早產兒所引起之神經、肌肉、骨骼、心臟、肺臟等之併發症。

<p><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)</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 dashed black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<p>要保人簽章：_____</p> <p style="text-align: right;">(未滿7足歲由法定代理人代簽)</p> <p>法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____</p> <p>(如要保人未成年或已受有監護宣告/輔助宣告尚未撤銷者，需其法定代理人/監護人/輔助人一併簽章。)</p>
---	---

**※要保人與被保險人聲明事項：**

一、本人(被保險人)同意台灣人壽得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。

二、本人(被保險人、要保人)同意台灣人壽將本聲明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)同意台灣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。

※以下簽章應由要保人/被保險人本人親自為之，且簽章樣式需與要保文件相同；如要保人/被保險人未成年或已受有監護宣告/輔助宣告尚未撤銷者，應由法定代理人/監護人/輔助人一併簽章。

要保人簽章	被保險人簽章	被保險人配偶簽章	被保險人子女簽章	法定代理人/監護人/輔助人簽章	申請日期
(未滿7足歲由法定代理人代簽)	(未滿7足歲由法定代理人代簽)		(未滿7足歲由法定代理人代簽)		年 月 日
代收區號	招攬/服務人員簽名	登錄字號/執業證書編號	覆核主管簽名	保經/保代公司簽章	台灣人壽受理章
	*本人已確認及核對客戶身分證身分證號碼文件相符並親晤要保人/被保險人/法定代理人/監護人/輔助人親自簽章辦理。	行動電話			