



# 英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司台灣分公司

## 團體保險健康聲明書

※本團體保險健康聲明書附於並構成團體保險要保書之一部份※

免費服務及申訴專線：0800-012666，友邦人壽資訊公開說明文件依法登載於友邦人壽網站 < http://www.aia.com.tw > 供消費者查閱，消費者亦可至友邦人壽查閱下載或索取書面文件。

- 1.本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。
- 2.投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。
- 3.保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解。

### (一) 基本資料

要保單位	保戶編號		保單號碼	分支代號				
員工成員姓名	出生年月日	身分證號碼	聯絡電話	配偶姓名	子女姓名(1)	子女姓名(2)	父親姓名	母親姓名
您是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？如勾選「是」者，請提供：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> ，人數 _____ 人								

### (二) 告知事項

請被保險人親自據實回答，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實的說明者，本公司得依保險法第六十四條規定解除保險契約且不退還已繳之保險費。

被保險人告知事項	本人	配偶	子女(1)	子女(2)	父親	母親
職業(含兼業)營業類別/工作內容						
被保險人身高及體重	公分 公斤	公分 公斤	公分 公斤	公分 公斤	公分 公斤	公分 公斤
<b>*投保壽險、醫療險者，請填寫 1~7 項問題：</b>	是 否	是 否	是 否	是 否	是 否	是 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它檢查或治療？(亦可提供檢查報告代替回答)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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？ (1)高血壓症(指收縮壓 140mm/舒張壓 90mm 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。(2)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。(3)肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。(4)肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GPT、GOT 值檢驗值有異常情形者)。(5)腎臟炎、腎病候群、腎機能不全、尿毒、腎囊腫。(6)視網膜剝離或出血、視神經病變。(7)癌症(惡性腫瘤)。(8)血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症。(9)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。(10)紅斑性狼瘡、膠原症。(11)愛滋病或愛滋病帶原。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.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、高脂血症。(6)青光眼、白內障。(7)乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血(女性被保險人回答)。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.是否已確知懷孕？如是，已經 _____ 週？(女性被保險人回答)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

上述詢問事項答「是」者，請詳述病名、大概就診時間及檢查、治療結果如下：

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(請勾選)。	是 否
--	-----

(一) 實支實付型傷害醫療保險：.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(二) 實支實付型醫療保險：.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**聲明事項：**

- 1.本人(被保險人)同意貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- 2.本人(被保險人、要保人)同意貴公司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)同意貴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。
- 4.實支實付型傷害醫療保險適用：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貴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貴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，而貴公司仍承保者，貴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貴公司者，同意貴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。
- 5.實支實付型醫療保險適用：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貴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貴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，而貴公司仍承保者，貴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貴公司者，同意貴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，但貴公司應以「日額」方式給付。

※本人已知悉本團體保險健康聲明書所載告知及聲明事項之內容，並同意接受其相關內容之約束。

被保險人簽名：本人 \_\_\_\_\_ / 配偶 \_\_\_\_\_ / 子女(1) \_\_\_\_\_ / 子女(2) \_\_\_\_\_ / 父親 \_\_\_\_\_ / 母親 \_\_\_\_\_

未成年人其法定代理人簽名：\_\_\_\_\_ 投保申請日期：民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(未滿七歲者或無行為能力者，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名；七歲(含)以上未滿二十足歲者，請由本人及法定代理人簽名。)

保經/保代簽署章/收件章	業務員親簽	業務員登錄證號	友邦人壽審核受理欄
本人已核對被保險人身分無誤，且確認被保險人親簽本要保書			



# 友邦人壽

## 監護宣告確認書

(團體保險適用版)

確認事項	主被保險人	附屬被保險人				
		配偶	子女(1)	子女(2)	父親	母親
被保險人目前是否受有監護宣告 (請勾選)?	<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

※若無附屬被保險人投保，附屬被保險人欄位無須勾選及簽名。

填寫日期：民國  年  月  日

主被保險人簽名：

附屬被保險人-配偶簽名：

-子女(1)簽名：

-子女(2)簽名：

-父親簽名：

-母親簽名：

法定代理人簽名： 法定代理人與未成年者關係：

※未滿七足歲者或無行為能力人，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名；七足歲(含)以上未滿二十足歲者，由本人及法定代理人簽名。

業務員簽名：



N21301

1070615 版