凱基人壽 KGI LIFE

# 團體保險被保險人健康聲明書

民國 90 年 04 月 26 日台財保字第 0900703456 號函
核准日期及文號：民國 98 年 6 月 16 日金管保理字第 09802552211 號
備查日期及文號：民國 113 年 10 月 1 日凱壽團保字第 1133000265 號

◎ 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。
◎ 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。
◎ 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。
◎ 查閱本公司『資訊公開』說明文件請連結網址 https://www.kgilife.com.tw 或洽詢客戶服務專線：0800-098-889。
◎ 本公司免費申訴電話：0800-098-889　傳真：(02)2712-5966　電子信箱：services@kgi.com

■要保人與被保險人應誠實告知，如因未誠實告知而影響保險公司對危險之評估，則保險公司得依保險法第六十四條解除契約，保險事故發生後亦同。相關規定，請詳閱「投保人須知」第二項，為了您的權益，請詳閱本健康聲明書內容並親自填寫。
■依保險法第一百二十七條規定：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。

| 要保人：　　保單號碼： | 員工(成員)姓名 | 眷屬(關係/姓名) | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保險人告知事項 | | | | |
| 被保險人之職業或兼業。 | | | | |
| 被保險人目前之身高及體重。 | 公分<br>公斤 | 公分<br>公斤 | 公分<br>公斤 | 公分<br>公斤 |
| **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？**<br>（亦可提供檢查報告代替回答） | □是□否 | □是□否 | □是□否 | □是□否 |
| **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？** | □是□否 | □是□否 | □是□否 | □是□否 |
| **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？**<br>1.高血壓症（指收縮壓大於 140mm-Hg 或舒張壓大於 90mm-Hg 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。<br>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。<br>3.肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。<br>4.肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常（GOT、GPT 檢驗值異於檢驗標準的正常值）。<br>5.腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。<br>6.視網膜剝離或出血、視神經病變。<br>7.癌症（惡性腫瘤）。<br>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。<br>9.糖尿病、類風溼性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺機能亢進或低下。<br>10.紅斑性狼瘡、膠原症。<br>11.愛滋病或愛滋病帶原。 | □是□否 | □是□否 | □是□否 | □是□否 |
| **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？**<br>1.酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。<br>2.食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。<br>3.肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。<br>4.慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。<br>5.痛風、高血脂症。<br>6.青光眼、白內障。 | □是□否 | □是□否 | □是□否 | □是□否 |
| **5.目前身體機能狀況是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害。** | □是□否 | □是□否 | □是□否 | □是□否 |
| **6.過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？** | □是□否 | □是□否 | □是□否 | □是□否 |
| **（投保傷害保險者，另須填寫）**<br>**7-1.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？**<br>1.高血壓症（指收縮壓大於 140mm-Hg 或舒張壓大於 90mm-Hg 以上）、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。<br>2.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。<br>3.癌症（惡性腫瘤）、肝硬化、尿毒、血友病。<br>4.糖尿病。<br>5.酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。<br>6.視網膜出血或剝離、視神經病變。 | □是□否 | □是□否 | □是□否 | □是□否 |
| **7-2.目前身體機能是否有下列障害？（請勾選）** | | | | |
| 1.失明。 | □是□否 | □是□否 | □是□否 | □是□否 |
| 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○·三以下。 | □是□否 | □是□否 | □是□否 | □是□否 |
| 3.聾。 | □是□否 | □是□否 | □是□否 | □是□否 |
| 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五十分貝(dB)以上。 | □是□否 | □是□否 | □是□否 | □是□否 |
| 5.啞。 | □是□否 | □是□否 | □是□否 | □是□否 |
| 6.咀嚼、吞嚥或言語機能障害。 | □是□否 | □是□否 | □是□否 | □是□否 |
| 7.四肢（含手指、足趾）缺損或畸形。 | □是□否 | □是□否 | □是□否 | □是□否 |



*G0020201 03*

| 被　保　險　人　告　知　事　項 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **（投保重大疾病壽險、健康保險或癌症保險者，另須填寫）**<br>**8.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？**<br>1.胸廓畸形及脊柱彎曲移位。<br>2.弱視、中耳炎、前庭神經炎、重聽。<br>3.頭部外傷、骨折、脫臼、椎間盤症（分離、疝氣或脫出）、關節炎。<br>4.甲狀腺腫、鼻竇炎、鼻中隔彎曲、不整脈、蠶豆症、慢性胃炎。<br>5.膽石症、膽囊炎、痔瘡、陰囊水腫、梅毒、淋病、疝氣、腎上腺機能亢進或低下。<br>6.骨盆腹膜炎、前列腺肥大、腎結石、膀胱結石、尿道炎、尿管結石。<br>7.周邊神經炎、顱神經炎、脊髓神經壓迫症、睡眠呼吸中止症、川崎症、良性腫瘤、精神疾病。 | □是□否 | □是□否 | □是□否 | □是□否 |
| **（投保癌症保險者，另須填寫）**<br>**9.過去一年內，是否曾接受下列檢查或曾患下列疾病或異常症狀?**<br>1.是否曾患B型或C型肝炎接受檢查或治療?<br>2.目前是否有腹、肝腫大、黃疸現象?<br>3.有否子宮頸抹片檢查異常記錄或婦科異常出血現象?<br>4.胸部（乳房）是否有腫塊或異常硬塊存在?<br>5.口腔內或皮膚上有否慢性潰爛不癒（超過兩週以上）?口腔內是否有異常腫塊或白斑存在）?<br>6.是否吞嚥困難、大便出血現象?<br>7.頸部有否異常腫塊或不尋常腫大現象? | □是□否 | □是□否 | □是□否 | □是□否 |
| **10.婦女欄（女性被保險人填寫）**<br>**1.**目前是否懷孕？如是，已經幾週？_____週。<br>**2.過去一年內**是否曾患有乳腺炎、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？ | □是□否 | □是□否 | □是□否 | □是□否 |

**告知事項說明欄：若答案為「是」，請詳填下表**

| 被保險人姓名 | 題號 | 疾病名稱/健檢原因 | 大約初診及最後診治日期 | 就診醫院 | 治療方式（可複選） | 目前狀況 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | □門診 □住院，約____天 □手術 □其他_____ | |
| | | | | | □門診 □住院，約____天 □手術 □其他_____ | |
| | | | | | □門診 □住院，約____天 □手術 □其他_____ | |
| | | | | | □門診 □住院，約____天 □手術 □其他_____ | |

◎ 被保險人是否已投保其他商業實支實付型醫療保險？(請勾選)..... □否　□是；如是，請詳述於下：

被保險人姓名:_____投保險種：_____投保金額：_____

◎ 被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明（請勾選）？..... □否　□是（姓名：_____）；如是，請提供。

◎ 被保險人目前是否受有監護宣告（請勾選）？..... □否　□是（姓名：　　）；如是，請提供相關證明文件。

**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）同意凱基人壽保險(股)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）同意凱基人壽保險(股)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。

| 被保險員工(成員)同意及簽名：<br><br>申請日期：民國　　年　　月　　日 | 眷屬同意及簽署欄 | 被保險人簽名（關係：　　） | 被保險人簽名（關係：　　） |
|---|---|---|---|
| | | 被保險人簽名（關係：　　） | 被保險人簽名（關係：　　） |
| **◎未滿七足歲者或受監護宣告者，由法定代理人或監護人代為簽名；七足歲(含)以上/受輔助宣告者，請由本人親自簽名。不識字者得以捺拇指手印代替簽名，但須有二位以上已成年的見證人在旁簽名，惟見證人不得為業務員，同時須註明見證人身分證字號及其與不識字者之關係。◎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/輔助人簽名及填寫關係。** | | | 法定代理人/監護人/輔助人簽名：<br><br>與被保險人關係： |

| 要保單位簽章<br><br>填寫日期：民國　　年　　月　　日 | 業務單位 | (一) | (二) |
|---|---|---|---|
| | 業務員/招攬人員簽名 | (一) | (二) |
| | 登錄證字號 | (一) | (二) |

| 保險公司審核欄 | 受理 |
|---|---|
| | |