中國信託人壽保險股份有限公司

保單號碼：

團體保險被保險人健康聲明書（一）

◎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公開原則及負不繼續繳費皆詳列於保單條款或被保險人非因約定之保險事故身故致該被保險人之契約效力終止者，本公司將依保險法第六十四條規定本公司得解除本保險契約。

◎投保後約定各項權利義務，消費者仍法定應負責任，請詳閱保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本人自行負責。

◎保險契約有效期間內，因要保人之未滿期保險費予要保人。

◎若要保人有投保健康保險契約之被保險人非因約定之保險事故而致保險契約終止時，本公司將按日數比例返還該健康保險契約之未到期保險費予要保人。

◎若要保人有投保健康保險契約時，該健康保險契約「疾病等待期間」之相關規定，請詳閱各該健康保險契約條款。

◎本公司資訊公開說明文件及填寫本要保書前須詳閱之「投保人須知」及「要保書填寫說明例示」均已登載於網站上（www.ctbclife.com）並於本公司提供電腦設備供公開查閱下載，客戶服務專線為 0800-211505。

要保書文號：中華民國 102 年 5 月 31 日 102 中信壽契字第 125 號函備查
中華民國 103 年 1 月 2 日 103 中信壽契字第 069 號函備查修正

「被保險人告知事項」務請被保險人親自據實回答，如有故意隱匿，或因過失遺漏或為不實的說明之情事者，依保險法第六十四條規定本公司得解除本保險契約。※僅投保傷害保險者，只須填寫告知事項第三、四、五項，但第三項及第四項僅須就【】之項目且為過去二年內之健康狀況告知。

要保單位		被保險人姓名	

被保險人告知事項	本人 是	本人 否
一、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？(亦可提供檢查報告代替回答)	□	□
二、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？	□	□
三、過去五年內，曾否被告知罹患下列疾病，或因下列疾病接受醫師治療、診療或用藥？		
1.【高血壓症(指收縮壓140mm/Hg以上或舒張壓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】。	□	□
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值超過40IU/L以上）。	□	□
5.腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、【尿毒】、腎囊胞。	□	□
6.【視網膜剝離或出血、視神經病變】。	□	□
7.【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。	□	□
8.【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。	□	□
9.紅斑性狼瘡、膠原症、愛滋病或愛滋病帶原。	□	□
四、過去一年內，是否曾因下列疾病接受醫師治療、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、肝病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。	□	□
3.慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍-、肺栓塞、痛風、高血脂症、青光眼、白內障。	□	□
4.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）。	□	□
五、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。	□	□
六、過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？	□	□
七、是否已確知懷孕？如是，已懷孕幾週？（女性被保險人回答）	□	□
八、身高：＿＿＿＿＿＿公分		
八、體重：＿＿＿＿＿＿公斤		
九、以上如回答「是」者，請標明題號並將姓名、大約發病時間、病名、治療院所、大約治療方式、大約治療期間及結果記明於下：		

「聲明事項」：

1、本人（被保險人）同意中國信託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。

2、本人（被保險人、要保人）同意中國信託人壽保險股份有限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）同意中國信託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」所規定範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。

被保險人簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　**法定代理人簽名：**＿＿＿＿＿＿＿＿**（請註明關係：＿＿＿）**

（若被保險人未滿20足歲，需其法定代理人一併簽名）

填寫日期＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日　保經/保代簽署人簽章＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保險公司專用欄		要保單位證明欄
退件原因：□ 拒保 □ 問卷□ 填寫不完整 □ 其它 ＿＿＿＿＿＿	覆核	
說明欄：		
	初核	