

保單號碼

條碼區

國泰人壽團體保險投保申請書暨健康告知聲明書

中華民國 95 年 12 月 1 日國壽字第 95120001 號備查

中華民國 105 年 9 月 1 日國壽字第 105090001 號備查

※本投保申請書暨健康告知聲明書係附於並構成「國泰人壽團體保險要保書」之一部分。

壹、被保險人基本資料

要保單位：_____

員工編號：_____

被保險人	姓名	出生年月日 身分證字號	職業 工作內容	投保 等級	身故保險金或喪葬費用保險金受益人		
					姓名	身分證號碼	與被保人關係 聯絡地址
本人				等級_____			
配偶				等級_____			
子女 1				等級_____			
子女 2				等級_____			
父親				等級_____			
母親				等級_____			

※身故保險金受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫或未填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。

貳、告知事項 ※注意：要保書附記之()數字係指「要保書填寫說明例示」之案例。

被保險人目前之身高、體重	本人	配偶	子女 1	子女 2	父親	母親
	公分	公分	公分	公分	公分	公分
	公斤	公斤	公斤	公斤	公斤	公斤
※下面各欄內請由被保險人親自以「✓」表示告知 投保壽險者，請回答下列 1-7 項之問題；投保健康險者，請回答下列 1-8 項 之問題；有投保傷害險者，請回答下列第 9 項之問題：	是	否	是	否	是	否
1. 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"/>
2. 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)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 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"/>
5. 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 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。 (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 值檢驗有異常情 形者)。 (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)。(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"/>



711071



10502 版

6. 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"/>
7. 女性被保險人回答：(1)過去一年內是否曾因患有乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位、陰道異常出血而接受醫師治療、診療或用藥？(2)是否已確知懷孕？如是，已經幾週？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. (一)現在是否仍患有上述1-7項所列疾病？ (二)現在是否仍患有下列疾病： (1)飛蚊症、中耳炎、內耳炎、乳突炎、外耳炎、坐骨神經痛、脊椎彎曲、脊椎骨脫出症、骨折、蜂窩組織炎、史帝芬-強生症候群、骨質疏鬆症、肌無力、進行性肌萎縮、運動神經原疾病、硬皮症、股骨頭壞死、椎間板脫出、關節脫臼、骨膜炎、骨髓炎、關節炎。 (2)腎上腺機能亢進或低下、染色體異常、良性腫瘤、良惡性不明腫瘤、原位癌、抹片異常、膿瘍、息肉、結節、痛風、酒精或藥物濫用成癮。 (3)結核病、腦膜炎、梅毒、腦炎、水腦症。 (4)智能障礙、神經炎、神經痛、腦性麻痺、多發性硬化症、舞蹈症、癡呆症、精神官能症、憂鬱症。 (5)肺水腫、肺炎、胸膜炎、鼻中隔彎曲、鼻竇炎、慢性鼻炎、氣胸、慢性阻塞性肺部疾病、肺沉著症、肺積膿、肋膜積水。 (6)心絞痛、動脈瘤、心臟瓣膜疾病、動靜脈栓塞及血栓症、食道靜脈曲張、血液凝固缺陷、紅血球過多症、貧血、高血壓症(指收縮壓140mmHG 舒張壓90mmHG以上)。 (7)肝腫大、消化性潰瘍或出血、慢性胃炎、肝膽結石、腸阻塞。 (8)腎炎、腎水腫、泌尿系統結石、血尿、膀胱炎、尿道炎、輸卵管炎、卵巢炎、骨盆腔膜炎、前列腺肥大或發炎、子宮頸糜爛、子宮脫出。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. (一)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？ (1)高血壓症(指收縮壓140mm 舒張壓90mm以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤 (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 (3)癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病 (4)糖尿病 (5)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症 (6)視網膜出血或剝離、視神經病變 (二)目前身體機能是否有下列障害： (1)失明。 (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0.3以下。 (3)聾。 (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50分貝(dB)以上。 (5)啞。 (6)咀嚼、吞嚥或言語機能障害。 (7)四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※被保險人之健康情形若有上列1-9項所述的情況，請詳填：●姓名、●病名(外傷者，含受傷部位)、●就診醫院、●大約就診期間、●診療過程(門診或住院)、●有無手術、●治療結果及目前狀況。							

參、聲明事項：

一、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。

二、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與否之依據。

三、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。

※本要保書告知事項均經要保人及被保險人確認，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，本公司得依保險法第六十四條之規定解除契約，其危險發生後亦同。

※本人(被保險人)於填寫申請書時，已審閱貴公司所提供之「個人資料保護法應告知事項」。

被保險人簽名：

_____/_____
_____/_____
_____/_____

法定代理人簽名：

1. _____關係_____
2. _____關係_____

中華民國____年____月____日

編號	業務員簽名 (保險經紀人/保險代理人)	登錄證字號 (執業證號)
1		
2		
3		
4		
5		



711072



10502 版

國泰人壽保險股份有限公司

被保險人監護宣告詢問事項

《團體保險適用》

為配合保險法第 107 條之一第一項：「訂立人壽保險契約時，以受監護宣告尚未撤銷者為被保險人，除喪葬費用之給付外，其餘死亡給付部分無效。」條文修正，請據實回答下列詢問事項：

保單號碼： _____

被保險人身份	身分證字號	目前是否受有監護宣告?	被保險人簽名 <small>(未滿 7 歲/受監護宣告者，由法定代理人/監護人代簽)</small>	法定代理人/監護人簽名 <small>(未滿 20 歲且未婚/受監護或輔助宣告者)</small>
員工		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		/關係
配偶		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		/關係
子女(1)		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		/關係
子女(2)		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		/關係
子女(3)		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		/關係
父親		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		/關係
母親		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		/關係

註：

1. 於上述『目前是否受有監護宣告?』詢問事項勾選「是」者，請提供相關證明文件。
2. 未受有監護宣告之被保險人，仍須於簽名欄簽名。

中華民國 年 月 日