



健康聲明書

◎保單號碼：加保附約 復效 主約提高保額 補充告知 取消加費或除外責任 其他_____

被保險人姓名	性別	出生日期	身分證字號	職稱/工作內容	是否兼職(請說明)	身高	體重

◎被保險人告知事項

是否

1. 過去兩年內您及被保障家屬中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"/>
2. 最近二個月內您及被保障家屬中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"/>
3. 過去五年內您及被保障家屬中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、 心包膜炎 、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤、 心臟瓣膜脫垂或閉鎖不全 、 心律不整 。 (2)腦中風(腦出血、腦梗塞、 腦栓塞 、暫時性腦缺血)、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)、 腦外傷(腦震盪、腦挫傷、硬腦膜上下腔血腫、穿刺傷) 、 腦膜炎 、 脊髓或脊柱病變或損傷 、巴金森氏症、 癡呆症 、精神病。 (3)肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。 (4)肝炎、肝炎病毒帶原、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GPT、GOT值超過40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)或未證實之良性或惡性之腫瘤、息肉、硬塊、大腸息肉、口腔白斑。 (8)血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血、 缺鐵性貧血)、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"/>
4. 過去一年內您及被保障家屬中是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？ (1)胸廓畸形及脊柱彎曲、弱視、中耳炎、內耳前庭神經炎、重聽、梅尼爾氏症、頭部外傷(腦震盪、腦挫傷)、骨折、椎間盤脫出或分離、骨刺、關節炎、骨膜炎、骨髓炎、甲狀腺腫或結節、腎上腺機能亢進或低下、良性腫瘤、子宮頸抹片異常、囊腫、息肉、梅毒、淋病、神經痛、神經麻痺、坐骨神經痛、中樞神經系統機能障礙、腦性麻痺、腦膜炎、腦炎、扁桃腺炎、鼻竇炎、鼻中隔彎曲、肺炎、靜脈曲張、淋巴腺炎或腫大、川崎氏症、蠱豆症、胃腸阻塞或穿孔、慢性胃炎、膽囊炎、脂肪肝、疝氣、骨盆腔膜炎、痔瘡、蛋白尿、血尿、腎結石、膀胱結石、輸尿管結石、尿道炎、子宮頸糜爛、前列腺炎或肥大、陰囊水腫、睡眠呼吸中止症。 (2)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。 (3)食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。 (4)肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。 (5)慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。 (6)痛風、高血脂症。 (7)青光眼、白內障。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 您及被保障家屬中是否曾經被診斷罹患癌症或未證實之良性或惡性之腫瘤？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 您及被保障家屬中身體殘障狀況，是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障礙，四肢缺損或畸形。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 過去五年內您及被保障家屬中是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 女性被保險人(您及被保障家屬)請回答： (1)是否已確知懷孕？如是，已經幾週？ (2)是否曾因乳腺炎、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？ (3)是否異常妊娠、剖腹生產或接受下腹部手術、放射線治療？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
上列各欄若答"是"請註明姓名、原因、病名、治療期間、治療方式、治療結果及有無復發、醫院名稱、地點：		

授權暨聲明事項

一、本人等就上列告知事項已詳實告知，並親自填寫，如違反誠實告知影響危險評估，貴公司得依保險法64條及25條之規定，得解除契約且無須退還所交之保費，保險事故發生後亦同。
二、本人授權貴公司得向任何醫院、診所、保險公司或任何機構及熟悉本人等健康情況之人，調查現症、既往症之病歷及詳細健康資料。此授權書影本亦屬有效。

此致 英屬百慕達商中泰人壽保險股份有限公司台灣分公司

要保人簽名：_____ 被保險人簽名：_____ 眷屬被保險人簽名：_____

法定代理人簽名：_____ 見證人簽名：_____

連絡電話：_____ (請務必填寫) 聲明日期：中華民國_____年_____月_____日

Seller ID_____