

※為確保資料的正確性，保險對象姓名請以正楷填寫，以下各欄資料如有塗改處請登章確認

基本資料
要保單位： 部門/單位： 職稱： 到職日： 聯絡電話/分機：
被保險人 姓名 出生日期 身分證統一編號 性別 工作內容 投保計畫別 年繳保險費
員工
※下列1~3項為必要勾選項目：
1. 約聘僱員工：□是□否 2. 退休員工：□是□否 3. 正式員工：□是□否
配偶 父親 母親 配偶父親 配偶母親
總保費 總保費合計為：\_\_\_\_\_元
被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險：□是，□否。若答是，請詳細註明被保險人姓名\_\_\_\_\_
被保險人是否已投保其他商業實支實付型醫療保險：□是，□否。若答是，請詳細註明被保險人姓名\_\_\_\_\_
被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？□是，□否。如勾選為是者，請提供手冊或證明之影本。
被保險人目前是否受有監護宣告？□是，□否。如勾選為是者，請提供相關證明文件。
被保險人健康告知事項
訂立契約時，要保人及被保險人對於本要保書中「告知事項」之書面詢問，應據實說明並親自填寫。如有故意隱匿，或因過失遺漏或為不實之說明，足以變更或減少本公司對於危險之估計者，本公司依保險法第64條之規定得解除本保險契約；其危險發生後亦同。
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、心肌梗厚、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) 肺炎腫、支氣管擴張症、壓肺症、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、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。
(6) 視網膜出血或剝離、視神經病變。
(7) 癌症(急性腫瘤)。
(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。
(12) 阿茲海默氏病、退化性關節炎、骨質疏鬆症、失智症、退化性脊椎炎，伴有脊髓病變者、椎間盤疾病，伴有脊髓病變者、脊椎狹窄、外傷脊椎病變、脊椎腫瘤。(被保險人有投保長期照顧保險者請回答)
四. 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、肝腺瘤、黃疸。
(4) 慢性支氣管炎、氣喘、肺腺瘤、肺栓塞。
(5) 痛風、高血脂症。
(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(女性被保險人請回答)。
(8) 運動神經元疾病。(被保險人有投保長期照顧保險者請回答)
五. 是否已確知懷孕？如是，已經幾週：\_\_\_\_\_週(女性被保險人請回答)
六. 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？
七. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？
依保險法第127條之規定，健康保險契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，保險公司對是項疾病或分娩，不負給付保險金額之責任。
八. 被保險人有投保健康險時，請回答現在是否仍患有下列疾病：
弱視、中耳炎、內耳疾病、重聽、頭部外傷、骨折、氣胸、肺炎、胸部畸形及脊柱彎曲、椎間盤脫出或分離、僵直性脊椎炎、骨節及關節疾病、風濕性關節炎、甲狀腺腫、肝腫大、良性腫瘤或未經證實為良性或惡性之腫瘤、神經痛、鼻竇炎、心臟音、心臟擴大、心臟瓣膜疾病(脫垂、狹窄、閉鎖不全)、腦動靜脈畸形瘤、不整脈、缺鐵性貧血、急性貧血、蠶豆症、慢性胃炎、膽石症、膽囊炎、痔瘡、腎結石、膀胱結石、尿道炎及輸尿管結石、陰囊水腫、疝氣、脊柱機能障礙、中樞神經機能障礙、酒精或藥物濫用成癮、脂肪肝、川崎氏症、腦膜炎、鼻中隔彎曲、骨盆腔炎、攝護腺肥大、子宮頸炎、子宮頸糜爛、子宮肌瘤、卵巢囊腫？
九. 被保險人有投保傷害險時，請回答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。
身高：員工 公分 配偶 公分 父親 公分 母親 公分 配偶父親 公分 配偶母親 公分
體重：員工 公斤 配偶 公斤 父親 公斤 母親 公斤 配偶父親 公斤 配偶母親 公斤
告知事項回答為「是」者時，請註明序號，告知人姓名、病名、症狀、疾病部位、就診大約日期、方式、結果、就診醫院：

聲明事項
1. 本人(被保險人)同意宏泰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)同意宏泰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或理賠之參考，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)同意宏泰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」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。

每位被保險人 親簽 填寫日期 年 月 日

保險公司回覆欄
退件原因：□拒保 □問卷 □填寫不完整 □其它
說明欄： 複核 初核