

國泰人壽學生(童)團體保險被保險人健康聲明書

保單號碼：G _____

※本健康聲明書係附於並構成『國泰人壽學生(童)團體保險要保書』之一部分。

被保險人姓名		性別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>	出生日期	年 月 日 (歲)	身分證 統一編號	
學校名稱	學校代號				有無在半年內因疾病或外傷請假三天以上	病名： 請假期間： ~		

被保險人目前是否受有監護宣告 (請勾選) ? 是 (請提供其相關證明文件) 否。

※被保險人對於告知事項之詢問應親自據實填寫，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少本公司對於危險之估計者，本公司得依保險法第六十四條之規定解除該被保險人之部分契約，其危險發生後亦同。

1.被保險人目前身高 _____ 公分，體重 _____ 公斤	請勾選
2.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 140mmHG 舒張壓 90mmHG 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、帕金森氏症 (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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3.目前身體機能是否有下列障害？ (1)失明 (2)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)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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

<上列各欄如有勾選“是”者，請詳填：●病名(外傷者，含受傷部位) ●就診醫院 ●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。詳記於此欄>

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 貴公司將本要保書上所载本人資料轉送產、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。
 3.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。

此 致
國泰人壽保險股份有限公司

要保單位審核簽章： _____ 被保險人簽章： _____

填寫日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

服務人員	公司審核欄
單位： _____ 轄區代號： _____	
姓名： _____ 登錄字號： _____	
手機： _____	

