

To: 先生/小姐 收 Fax: 請於收到申請書 2 日內填寫及簽名後傳真 Fax: 02-77261875 或 77261876 或郵寄至 100 台北市中華路一段 39 號 6 樓 康健人壽 營運暨理賠部(保戶服務) 收
如有相關查詢, 請洽客服專線: (02)6623-3688 (如需確認傳真, 請傳真後儘速來電查詢; 如於晚上八點後傳真, 請於次一工作日再來電確認)



康健人壽

國際康健人壽保險股份有限公司 健康告知書

保單號碼: _____ 要保人身分證字號: _____

被保險人/被保險人手機號碼: _____ / 要保人/要保人手機號碼: _____

■ 復效 / 契變目的及需求 (可複選): 風險保障 醫療保障 退休規劃 子女教育經費 房屋貸款 其他 _____

■ 要保人與被保險人財務狀況 (新台幣), 請填寫以下問項:

要保人個人年收入 (工作年收入及其他收入) <20 萬 20~40 萬 41~70 萬 71~100 萬 其他 _____ 萬
被保險人個人年收入 (工作年收入及其他收入) <20 萬 20~40 萬 41~70 萬 71~100 萬 其他 _____ 萬
被保險人家庭年收入 <20 萬 20~40 萬 41~70 萬 71~100 萬 其他 _____ 萬
要保人資產 (含動產及不動產) 資產: _____ 市值: _____ 貸款/負債: _____

若申請復效時已超過停效 6 個月以上/附加附約/提高保額/取消批註須檢附健康告知書。

要保人與被保險人注意事項: 「被保險人健康告知事項」應由要保人及被保險人親自填寫並誠實告知, 如有為隱匿或遺漏不為說明或為不實之說明者, 足以影響本公司對危險之估計者, 本次復效 / 契變申請不生效力。

1. 台端目前的身高 _____ 公分, 體重 _____ 公斤
職業 (含兼職) / 服務機構: _____ 工作內容: _____

被保險人健康告知事項: 若第 2~7 項勾選“是”者, 請於下列詳述說明

- | | |
|---|---|
| 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? ----- | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 3. 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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 4. 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 140mm-Hg 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 值異於檢驗標準的正常值)。(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)。(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、甲狀腺或副甲狀腺機能亢進或低下。(10) 紅斑性狼瘡、膠原症。(11) 愛滋病或愛滋病帶原。 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 5. 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。(7) 乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血 (女性被保險人回答)。 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 6. 目前身體機能是否有失明、聾啞或言語、咀嚼、四肢機能障害? ----- | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 7. 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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 8. 是否已確知懷孕? 如是, 已經幾週? _____ 週 (女性被保險人回答) ----- | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |

如投保「從齒健康定期健康保險」請回答下列問題: 若第 9~12 項勾選“是”者, 請於下列詳述說明

- | | |
|---|---|
| 9. 是否曾因牙周病而導致牙齒脫落 (缺失)? ----- | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 10. 是否正接受牙周病手術或治療? 或已確診牙周病而正要接受手術或治療? ----- | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 11. 是否有任何活動假牙? ----- | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 12. 每星期是否有咀嚼一次或一次以上的檳榔? ----- | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |

如投保「鑫富一年定期傷害保險附約」請回答下列問題: 若第 13 項勾選“是”者, 請於下列詳述說明

- | | |
|---|---|
| 13. 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五十分貝 (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 |
|---|---|

上述詢問事項回答「是」者, 請詳述下列狀況:

1. 病名 (傷者含受傷部位)	2. 就診醫院	3. 就診期間	4. 治療方式及診療過程 (門診、住院或手術)	5. 有無手術	6. 現況? 是否完全痊癒?

<聲明事項>:

- 本人 (被保險人) 同意國際康健人壽保險股份有限公司 (以下簡稱康健人壽) 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。
- 本人 (被保險人、要保人) 同意康健人壽將本告知書上之本人資料轉送產、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。
- 本人 (被保險人、要保人) 同意康健人壽就本人之個人資料, 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。]

★要保人簽名: _____	★被保險人簽名: (7 足歲以上被保險人, 請親自簽名) _____
申請日期: _____	★未成年者其法定代理人簽名: (未滿 20 足歲者, 請法定代理人簽名確認) _____
中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	

【以下欄位由國際康健人壽保險股份有限公司填寫】 ※上述內容若有塗改, 請要、被保險人於塗改處簽名

批註書	本公司同意上述契約內容變更自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日午夜零時生效。(本申請書未經營運暨理賠部簽章不生效力)
保全作業欄: <input type="checkbox"/> 核對簽名無誤 <input type="checkbox"/> 審核不符退件	經辦: _____ 覆核: _____