第一金人壽

健康聲明書

保 單 號 碼		要 保 人		被 保 險 人	

同業投保紀錄

目前是否正向其他保險公司申請本保險以外之人身保險? □否 □是(勾”是”者，請填寫下欄說明)

保 險 公 司 名 稱	投 保 申 請 時 間	保 險 種 類	保 險 金 額

被保險人告知事項

◎請要保人及被保險人親自據實說明並填寫，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實的說明，足以變更或減少本公司對於危險的估計者，本公司得依保險法第 64 條規定解除契約，保險事故發生後亦同。

◎依保險法第 127 條規定：健康保險契約訂立時，被保險人已在疾病或妊娠情況中者，保險人對是項疾病或分娩，不負給付保險金額之責任。

一、職業欄

1.工作內容： 2.兼職 □否 □是，勾”是”者，請說明：

二、身高 / 體重欄 目前之身高：_____公分；目前之體重：_____公斤。

目前是否受監護宣告 □否 □是

三、健康告知事項欄 是 否

1.過去兩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)..... □ □

2.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?..... □ □

3.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 值超過檢驗單位所提供正常檢驗值以上)(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)。(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。

4.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。

5.目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害?..... □ □

6.過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上?..... □ □

7.婦女欄：

(1)過去一年內是否曾因患有乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血而接受醫生治療、診療或用藥?..... □ □

(2)是否已確知懷孕?如是，已經_____週?..... □ □

投保傷害險者，請填寫以下問項

1.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、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。

2.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○．三以下。(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。

上述告知事項為”是”者，請註明題號詳述病名、原因、治療時間、治療方式、治療結果、醫院名稱。

病名	就診醫院	是否住院	是否手術	大約治療期間及治療情況	大約最後求診日	其他說明
		□是，約___天 □否	□是□否			
		□是，約___天 □否	□是□否			

要保人及被保險人聲明及同意事項

1. **本人(被保險人)同意第一金人壽保險(股)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)同意第一金人壽保險(股)公司將健康聲明書上所載被保險人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理本人投保時之核保參考，但各該公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以前開資料作為承保與否之依據。
3. 本人(被保險人、要保人)同意第一金人壽保險(股)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。

總公司受理		送件人已確認要保人、被保險人及未成年法定代理人/監護人/輔助人之身分；並確認要保人、被保險人及未成年法定代理人/監護人/輔助人簽署於各該簽名欄位內為親自簽名。 送件單位及單位代碼： 送件人(見證人)簽名： 登錄證字號： 送件單位受理： 保代/保經公司簽章：	要保人/ 被保險人已詳閱個人資料蒐集、處理及利用告知事項，並已獲得必要之資訊。 要保人簽章： 被保險人簽章： **法定代理人/監護人/輔助人簽名**： 填寫日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

第一金人壽

第一金人壽個人資料蒐集、處理、利用告知事項

第一金人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法）第六條第二項、第八條第一項（如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項）規定，向　台端告知下列事項，請　台端詳閱：

一、蒐集之目的：

（一）人身保險（００一)。

（二）其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務（一八一)。

（三）消費者、客戶管理與服務(〇九〇)

二、蒐集之個人資料類別：

（一）姓名。

（二）出生年月日及身分證統一編號。

（三）地址、電話及電子郵件等聯絡方式。

（四）病歷、醫療、健康檢查。

（五）信用卡卡號與有效期限、金融帳戶號碼與戶名。

（六）其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容。

三、個人資料之來源（個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用)。

（一）要保人。

（二）當事人之法定代理人、輔助人。

（三）各醫療院所。

（四）與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。

（五）本公司網路會員或於本公司網站填寫之個人資料。

四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式：

（一）期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。

（二）對象：本公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、財團法人保險犯罪防制中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、信用卡發卡機構、收單機構、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關、客戶所同意之對象(例如與本公司共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣業務之公司等)。

（三）地區：上述對象所在之地區。

（四）方式：合於法令規定之利用方式。

五、依據個資法第三條規定，台端就本公司保有　台端之個人資料得行使之權利及方式：

（一）得向本公司行使之權利：

1. 向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
2. 向本公司請求補充或更正。
3. 向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。

（二）行使權利之方式：以書面、電子郵件、傳真。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響：

台端若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供　台端相關服務或給付。