



三井住友海上集團

明台產物保險股份有限公司

明台產物團體傷害保險被保險人告知事項聲明書

保單號碼：_____

要保人要保單位：_____

被保險人姓名：_____

身分證字號：_____

【本聲明書如有塗改，請被保險人於塗改處簽名】

1. 被保險人是否以機車作為必須之交通工具？ ☐是 ☐否
2. 被保險人過去一年中是否曾從事下列冒險運動：賽車、潛水、滑翔翼、降落傘、熱氣球、登山、攀岩、高空彈跳？
☐是 ☐否，若是請說明_____

告知事項：【敬請對下列告知事項應據實告知並親自填寫，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實的說明，足以影響本公司對危險的估計，依保險法第六十四條規定保險公司得解除契約。】

一、被保險人職業：

服務單位		職位	
工作內容		兼職	

二、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？..... ☐是 ☐否

1. ☐高血壓症（指收縮壓 140mm 舒張壓 90mm 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。

三、目前身體機能是否有下列障害？..... ☐是 ☐否

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〇・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。

上述告知事項若勾選「是」者，請詳細說明項目，如有診療紀錄，請告知診治原因、大約診治日期、病名、治療方式、就診醫院、治療結果，並同意貴公司得查閱被保險人相關之醫療紀錄、病歷名稱及投保紀錄。

聲 明 事 項	一、本人（被保險人）同意明台產物保險公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
	二、本人（被保險人、要保人）同意明台產物保險公司將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。
	三、本人（被保險人、要保人）同意明台產物保險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。
	四、本人（被保險人、要保人）已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保明台產物保險公司二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知明台產物保險公司有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而明台產物保險公司仍承保者，明台產物保險公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知明台產物保險公司者，同意明台產物保險公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任。

※本人已知悉並明瞭「傷害險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」（92.12.29 財政部台財保第 0920073327 號函核准、99.3.22 明銷管字第 990180 號函簡易備查）條款之內容與約定。

※本人（被保險人、要保人）已確認基本資料、告知事項及聲明事項之內容。

※本人（被保險人）於填寫本聲明書時，已審閱明台產物保險公司所提供之「個人資料保護法告知義務內容」。

此 致

明台產物保險股份有限公司

要保人簽章（或經要保單位授權之代表人、經辦人）：_____

被保險人簽章：_____

日期：中華民國_____年_____月_____日