

台灣電力工會

分會用印處

被保險人健康告知聲明書

【被保險人告知事項】：本人於訂立本契約時，對於貴公司要保書書面詢問的告知事項均已據實說明，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實的說明，足以變更或減少貴公司對於危險的估計者，貴公司得解除契約；其保險事故發生後亦同。但危險的發生未基於其說明或未說明的事實時，不在此限。

項次	一	二	三	四
傷害保險	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？ A.高血壓（指收縮壓140mmHG·舒張壓90 mmHG以上）、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。 B.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。 C.癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病。 D.糖尿病。 E.酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。 F.視網膜出血或剝離、視神經病變。	被保險人目前身體機能是否有下列障害？ A.失明。 B.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0.三以下。 C.聾。 D.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。 E.啞。 F.咀嚼、吞嚥或言語機能障害。 G.四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。	被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？	被保險人目前是否受有監護宣告？
姓名 1	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請說明：	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請說明：	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請提供相關證明影本，並請說明機能障礙部位及造成原因：	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請提供相關證明文件。
姓名 2	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請說明：	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請說明：	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請提供相關證明影本，並請說明機能障礙部位及造成原因：	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請提供相關證明文件。
姓名 3	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請說明：	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請說明：	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請提供相關證明影本，並請說明機能障礙部位及造成原因：	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請提供相關證明文件。
【被保險人聲明事項】：(一) 本人(被保險人)同意華南保險得蒐集、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)同意華南保險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之依據。(三) 本人(被保險人、要保人)同意華南保險就本人之個人資料，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。				
請簽名	被保險人 1：	被保險人 2：	被保險人 3：	
	法定代理人：	法定代理人：	法定代理人：	
(未滿7足歲者由法定代理人代為簽名，7足歲(含)以上者由本人親自簽名。未滿18足歲者，需其法定代理人簽名。)				