

英屬百慕達商滙豐人壽保險國際有限公司台灣分公司

健康聲明書

(適用範圍：復效/附加附約/取消加費/取消除外/險種變更之申請)

保單號碼	69999999	受 理 單	滙豐人壽受 理日期章
要保人姓名	林滙豐		
身分證字號	A123456789		保經/保代 受理日期章
被保險人姓名	林承諾		
身分證字號	B123456789		
申請日期 (西元)	2007 年 09 月 02 日		

請填寫左邊欄位相關資料, 保單號碼及要保人姓名...等

請務必填寫申請日期

本健康聲明書構成本保單內容之一部份。

*要保人/被保人就下列告知事項應詳實告知，並應親自填寫。如違反誠實告知影響危險評估，依保險法 64 條及 25 條之規定，本公司得解除契約且無須退還所繳之保費，保險事故發生後亦同，請特別注意。(保險法 64 條之規定，請參閱投保人須知)

告知事項

一、被保險人職業及兼業告知

職業 (工作內容)：滙豐中學高二學生	兼業 (工作內容)：無
目前身高 <input type="text" value="175"/> 公分，體重 <input type="text" value="78"/> 公斤	
下列壽險部分告知事項，是否有為“是”者..... <input type="checkbox"/> 1. 是 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 否	
<ol style="list-style-type: none"> 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) 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？ 最近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？ <ol style="list-style-type: none"> 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？ 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？ 肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核？ 肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GPT、GOT 值超過檢驗時所提供之參考值)？ 腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞？ 視網膜剝離或出血、視神經病變？ 癌症(惡性腫瘤)？ 血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症？ 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？ 紅斑性狼瘡、膠原症？ 愛滋病或愛滋病帶原？ 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？ <ol style="list-style-type: none"> 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症？ 食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎？ 肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸？ 慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞？ 痛風、高血脂症？ 青光眼、白內障？ 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) 目前身體機能狀況是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？ 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？ 是否已確知懷孕？如是，已經幾週？(女性被保險人回答) 	

(※投保大安心傷害保本保險及附加傷害險者填寫)

1. 過去二年內是否曾因患有壽險部份紅體字之疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？ 1. 是 2. 否

2. 目前身體機能是否有下列障害？（請勾.....） 1. 是 2. 否

傷害險部份

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○·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。

上述問題中如有告知為“是”者，請註明問題號碼、詳細原因或疾病名稱、症狀、治療時間、地點及結果；健康檢查之原因、時間地點、項目及結果。

2007年6月20日至2007年7月15日間因上呼吸道感染門診藥物治療，治療診所:台中市長春內科診所。

二、被保險人投保經歷

A. 是否曾申請投保人身保險或在保單申請復效時，被拒保，延期，加費承保或附條件承保之情形？若『是』請詳列公司名稱、申請日期、原因：_____

B. 除本契約外是否已經購買其他公司之人身保險？若『是』請詳列..... 1. 是 2. 否

公司名稱	壽險保額	重大疾病	意外險	醫療險	癌症險	投保日期

聲 明 事 項

要保人與被保險人向**英屬百慕達商滙豐人壽保險國際有限公司台灣分公司**(簡稱滙豐人壽)聲明下列事項

- A. 本人(被保險人)同意滙豐人壽查閱本人相關之醫療記錄及病歷資料。
- B. 本人(被保險人、要保人)同意滙豐人壽將本健康聲明書上所載本人資料轉送產、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。
- C. 本人(被保險人、要保人)同意滙豐人壽得依「電腦處理個人資料保護法」之相關規定,對本人之個人資料,有為蒐集、電腦處理或國際傳遞及利用之權利。

以下簽章應由本人親自簽名 (未滿20歲者須法定代理人簽章)

要保人 林滙豐 要保人請親自簽名	被保險人 林承諾 被保險人請親自簽名
法定代理人簽名 林滙豐	法定代理人簽名

當要保人或被保險人未成年時,法定代理人請親自簽名