



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,如有故意隱匿,或因過失遺漏或為不實的說明,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六十四條規定解除契約,保險事故發生後亦同。

一、職業欄		是	否
1.工作內容: _____ 2.兼職 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 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。			
三、健康告知事項欄			
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).....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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.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?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)是否已確知懷孕?如是,已經 _____ 週?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>

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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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,且一日視力經矯正後,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。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
		<input type="checkbox"/> 是,約__天 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
		<input type="checkbox"/> 是,約__天 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			

要保人及被保險人聲明及同意事項

- 本人(被保險人)同意第一金人壽保險(股)公司查閱被保險人相關之醫療紀錄及病歷資料。
- 本人(被保險人、要保人)同意第一金人壽保險(股)公司將要保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。
- 本人(要保人、被保險人)同意第一金人壽保險(股)公司得依「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。

總公司受理	送件單位及單位代碼:	要保人簽章:
	送件人(見證人)簽章:	被保險人簽章:
	送件人身分證字號:	法定代理人簽名:
	送件單位受理:	填寫日期: 年 月 日