



# 三商美邦人壽保險股份有限公司

Mercuries Life Insurance Co., Ltd.

高級中等以下學校學生暨幼兒園兒童團體保險

被保險人健康聲明書

101.08.20 三品字第 00152 號函備查

102.08.20 三品字第 00208 號函備查

保單號碼：\_\_\_\_\_

被保險人姓名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日 ( 歲 )	身分證字號
學校名稱	學校代號	任職公司、工作部門、職稱與詳細工作內容		
現在是否工作中	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (原因：_____)	有無在半年內因疾病或外傷請假三天以上	病名：_____ 請假期間：_____	

**告知事項：【以下問題之答覆視為要保書上構成可保性告知證明之一部分】**  
 ※被保險人對於告知事項之詢問應親自據實填寫，如有故意隱匿或過失遺漏，或為不實之說明，足以變更或減少本公司對危險之估計者，本公司得依保險法第六十四條規定解除該被保險人部分契約。

1.被保險人目前之：身高_____公分，體重_____公斤	
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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3.過去二年內是否曾因接受健康檢查異常情形而被建議接受其他檢查或治療？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
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。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5.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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6.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 40IU/L 以上)。 (5) 腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。 (6) 視網膜出血或剝離、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。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7.目前身體機能狀況是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障礙？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8. 婦女欄 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師治療、診療或用藥？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

<上列各欄回答為「是」者，請將疾病病名、意外受傷部位、症狀、檢查原因、大約治療時間、治療方式、治療結果、有無復發及就診醫院(診所)名稱詳記於此欄>

**聲明事項**  
 要保書之聲明事項係要保人或被保險人之授權及同意事項，其內容如下：  
 1. 本人 (被保險人) 同意三商美邦人壽保險股份有限公司得蒐集、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) 同意三商美邦人壽保險股份有限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。  
 3. 本人同意本聲明書經 貴公司同意後作為構成原保險契約之一部分。

此 致

三商美邦人壽保險股份有限公司

要保單位審核欄：\_\_\_\_\_ 被保險人簽章：\_\_\_\_\_

填寫日期：民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

服務人員	本公司審核欄	受理欄
業務員/登錄證號：_____		
通訊處：_____		



G11196