

**CHUBB**  
安達人壽

To: 先生/小姐 收 Fax: 請於收到申請書2日內填寫及簽名後傳真 Fax: 02-7726-1875 或7726-1876 或郵寄至 100 台北市中華路一段39號6樓 安達人壽 保戶服務 收  
如有相關查詢, 請洽客服專線: 02-6623-3688 (如需確認傳真請於次一工作日來電查詢)

## 健康聲明書

- 承保前附加附約 承保後加保附約 復效 主約提高基本保額 補充告知  
取消加費或除外責任 其他

(要) 保單號碼	被保險人姓名	性別	出生日期	身分證字號	與被保險人關係
					<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女

### ◎被保險人告知事項

服務單位/工作內容	是否兼職 (請說明)	身高 (公分)	體重 (公斤)
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 _____		
<b>■ 壽險及健康險告知</b>			
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) (LY21)			<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? (LM21)			<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? (LY51) (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)、帕金森氏症、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(GOT、GPT 值檢驗值有異常情形者)。(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。			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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? (LY11) (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。(7)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)。			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5、過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上? (LY52)			<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? (LD11)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7、女性被保險人回答: 是否已確知懷孕? 如是, 已經 _____ 週。 (LWPI)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>■ 傷害保險告知</b>			
8、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、帕金森氏症。(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"/>
9、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, 且一目視力經矯正後, 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"/>
<b>■ 重大傷病告知</b>			
10、過去兩年內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥後仍因同一傷病而被要求做以下的檢驗或檢查?(亦可提供病歷或檢查報告代替回答) (LY22) (1)六個月內有二次或二次以上的 X 光或超音波或血液檢查。(2)細胞學或內視鏡或核磁共振或電腦斷層檢查或正子攝影檢查。(3)肌電圖或神經傳導檢查。			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>■ 牙齒險告知</b>			
11、是否曾因牙周病而導致牙齒脫落(缺失)?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12、是否正接受牙周病手術或治療? 或已確診牙周病而正要接受手術或治療?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13、是否有任何活動假牙?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14、每星期是否有咀嚼一次或一次以上的檳榔?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>■ 上述若告知為『是』, 請詳填下列資料: (LSD1)</b>			
1.被保險人姓名	2.診斷病名(外傷者含受傷部位)	3.就診醫院	4.就診大約起訖時間: 自 _____ 年 _____ 月至 _____ 年 _____ 月
5.治療方式(手術名稱/門診/住院/服藥)	6.現在狀況: <input type="checkbox"/> 無須追蹤治療 <input type="checkbox"/> 繼續追蹤治療: 最近一次就診年月 _____ 年 _____ 月		

聲明及注意事項：

1. 本人（被保險人、要保人）已知悉安達國際人壽保險股份有限公司（以下簡稱安達人壽）、合作推廣招攬本保險契約之保險代理人／保險經紀人（下稱「合作保代／保經」）及辦理本保險契約再保業務之再保險公司（下稱再保險公司）告知蒐集、處理及利用本人個人資料之書面或已藉由電話或其他方式受重要事項之告知（電話行銷招攬者係經安達人壽、合作保經／保代及再保險公司以電話或其他法令規定之方式為前開事項之告知）。
2. 本人（被保險人）同意安達人壽、合作保代／保經及再保險公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷等個人資料。
3. 本人（被保險人、要保人）同意安達人壽將本申請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、理賠或契約服務申請時之審核參考，但各該公司仍應依其本身之審核標準決定是否承保、理賠或同意辦理，不得僅以前開資料作為審核之依據。
4. 本人（被保險人、要保人）同意安達人壽、合作保代／保經及再保險公司得依「個人資料保護法」之相關規定，對本人之個人資料，有為蒐集、處理及利用之權利。
5. 本人（被保險人、要保人）同意於有金融消費爭議案件發生時，安達人壽及合作保代／保經得將本人之相關個人資料轉送財團法人金融消費評議中心或其他受理消費爭議機構，由該機構於處理金融消費爭議案件之必要範圍內處理及利用。

要保人簽名	被保險人簽名	法定代理人／監護人／輔助人簽名

要／被保險人為不識字之成年人或雙目失明者見證欄

見證人 1 簽名：

身分證字號：

關係：

見證人 2 簽名：

身分證字號：

關係：

※簽名欄請親自簽名，若有塗改請重填。

※七足歲(含)以上未成年者，須本人及其法定代理人簽名。

※未成年人、受有監護宣告或受輔助宣告尚未撤銷者，請法定代理人／監護人／輔助人簽名。

申請日期：	年	月	日
-------	---	---	---

單位名稱：

業務員簽名：

登錄證字號：

簽  
署  
人  
章

【以下欄位僅原康健人壽及電話行銷保單適用】

批  
註  
書

本公司同意上述契約內容變更於民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日午夜零時生效。

(本申請書未經本公司批註專用簽章不生效力)

保全作業欄： <input type="checkbox"/> 核對簽名無誤 <input type="checkbox"/> 審核不符退件	經辦：	覆核：
--	-----	-----

## 安達人壽個人資料蒐集、處理、利用告知事項

安達國際人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定,向 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

### 一、蒐集之目的:

- (一)人身保險(〇〇一)
- (二)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)
- (三)消費者、客戶管理與服務(〇九〇)

### 二、蒐集之個人資料類別:

- (一)識別類(例如姓名、性別、出生年月日、國籍、住址、電話、身分證統一編號、電子郵件、聲音、影像檔案)。
- (二)特徵類(例如家庭情形、教育程度、職業、財務狀況、健康情況)。
- (三)病歷、醫療、健康檢查
- (四)保險契約所需填載、保險契約變更及本公司各類保險服務相關業務所需填載之其他必要事項。

### 三、個人資料之來源(個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用)

- (一)要保人、被保險人
- (二)當事人之法定代理人、輔助人
- (三)各醫療院所
- (四)與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。

### 四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式:

- (一)期間:公司存續及依法令規定應為保存之期間。
- (二)對象:本公司及安達集團成員、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、與本公司合作之保險代理人/保險經紀人、與本公司合作辦理銀行保險業務之銀行及依法有調查權機關或金融監理機關。
- (三)地區:上述對象所在之地區。
- (四)方式:合於法令規定之利用方式。

### 五、依據個資法第三條規定,台端就本公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式:

- (一)得向本公司行使之權利:
  - 1.向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
  - 2.向本公司請求補充或更正。
  - 3.向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。
- (二)行使權利之方式:以書面或其他日後可供證明之方式(如:書面、電子郵件、傳真、或電子文件等)。

### 六、台端不提供個人資料所致權益之影響:

台端若未能提供相關個人資料時,本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業,因此 可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

本公司依法令或為強化個人資料管理及保護,將可能隨時修訂本告知書。若本告知書發生任何重大調整,本公司將於官網公告。若您需要查詢、補充、更正或刪除您的個人資料,除可聯絡您的服務人員、至本公司客戶服務中心或透過免費客戶服務專線(0800-011-709)辦理外,亦可利用本公司網站所提供之相關服務辦理。