



國泰產險 被保險人健康告知書 (投保險種: 健康險 傷害險)



C00610101

保單(受理)號碼: _____

批單(受理)號碼: _____

被保險人姓名				身分證字號			
出生日期		年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
要保單位名稱				投保身份: <input type="checkbox"/> 員工本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 員工姓名: _____ <small>(被保險人為配偶或子女時請加填)</small>			
				工作部門、職稱及詳細工作內容			

◎本健康告知書務請要保人交由被保險人親自逐項填寫並打「✓」表示告知。

*依保險法第一百二十七條:「保險契約訂立時,被保險人已在疾病或妊娠情況中者,保險人對是項疾病或分娩,不負給付保險金額之責任」。

被保險人告知事項	1. 被保險人目前之: 身高 _____ 公分, 體重 _____ 公斤	是 否
	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?(亦可提供檢查報告代替回答)	<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。 (4) 慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。 (2) 食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。 (5) 痛風、高血脂症。 (3) 肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。 (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、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、四肢機能障害。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	8. 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師治療、診療或用藥。 (2) 是否已確知懷孕?如是,已經幾週?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
被保險人告知事項	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 140mm 舒張壓 90mm 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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	2. 目前身體機能是否有下列障害? (1) 失明或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。 (2) 啞或聾或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。 (3) 咀嚼、吞嚥或言語機能障害。 (4) 四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

《上列各欄如圈選(是)者請將病名、就診醫院、就診大約期間、治療過程、有無手術、有無後遺症詳記於此欄》

※ 本告知書所填各項係本人(被保險人)親自填寫,均屬詳實無訛,絕無隱匿或偽報情事;如有隱匿或為不實之說明,國泰產險得依保險法第六十四條解除本契約,保險事故發生後亦同。
 ※ 本人(被保險人)同意國泰產險查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。

要保單位審核確認欄:

--	--

被保險人(簽章): _____

法定代理人(簽章): _____
(被保險人未成年者)

填寫日期: 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本公司專用欄	核定	經辦