

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會會員及其眷屬自費團體保險

被保險人重要事項告知

★蒐集、處理及利用個人資料告知

保誠人壽保險股份有限公司(下稱本公司)與要保人訂定團體/旅行平安保險契約,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) 00一 人身保險
- (二) 0四0 行銷
- (三) 0五九 金融服務業依法令規定及金融監理需要,所為之蒐集處理及利用
- (四) 0六九 契約、類似契約或其他法律關係事務
- (五) 0九0 消費者、客戶管理與服務
- (六) 一三六 資(通)訊與資料庫管理
- (七) 一五七 調查、統計與研究分析
- (八) 一八一 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務

二、蒐集之個人資料類別:

姓名、身分證統一編號(或護照號碼或居留證號碼)、出生年月日、住家電話、行動電話、住所通訊地址、戶籍地址、e-mail、年齡、性別、國籍、財務資料及其他依執行業務所需蒐集之個人資料。

三、個人資料之來源:

- (一)要保人或被保險人
- (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:因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。
- (二)對象:本(分)公司、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、與本公司合作推廣台端保險契約之保險代理人或保險經紀人、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:相關申請表單可洽客服專線0809-0809-68,並以書面(正本)親送或郵寄方式向本公司辦理。

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。

★投保權益確認

本公司依『保險業招攬及核保理賠辦法』及『保險業招攬及核保作業控管自律規範』規定,需請 台端確認下列事項以鑑別保險商品適合度並維護投保權益:

- 一、投保時確實為本專案投保實符合投保資格者。
- 二、確實瞭解所繳交保險費係用以購買保險商品且在經濟能力可負擔範圍內。
- 三、充分瞭解投保之內容(包含投保險種、保險金額及保險費支出)皆為實際需要並與 台端職業、收入具有相當性。
- 四、投保累積保額達一定額度(如新台幣2,501萬)以上需提供最近一年家庭年收入(包含工作收入、投資收益、租金收入等)及配合生存調查,以作為本公司鑑別 台端商品適合度及完成核保程序。若 台端拒絕提供前揭財務狀況告知書或拒絕配合生存調查者,本公司恐須婉謝承保,尚請諒察。

★保險費未繳交之催告通知

因應「保險法」第116條規定,並為維護被保險人之權益,請於投保時提供員工/會員本人(眷屬同員工/會員本人)之聯絡資料予本公司,俾於保險費屆期未繳付時寄送催告通知。如未能提供員工/會員本人(眷屬同員工/會員本人)聯絡資料者,本公司將以要保人填寫於要保書所載地址(住所)作為會員本人及眷屬之聯絡方式。

★續保約定同意

按本公司與社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會會員及其眷屬、員工自費團體保險之專案期間自民國114年5月1日至115年5月1日止,每一保險期間為一年。但在前述保險期間屆滿前經本公司與社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會雙方議定續保條件,如台端同意於專案期間按該團體保險之同一保障計劃繼續續保,請簽署自費團體保險加入表續保約定勾選同意,以利辦理續保作業。

二、為配合次年度續保作業,續保通知書寄發後加保之被保險人由要保單位於辦理續保時併同確認。

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會會員及其眷屬自費團體保險投保專案加入表

注意：

1. 本表為初次加保時填寫，凡新加保者（不論是會員本人或眷屬），均應填寫會員資料，以利歸戶核對。初次加保請填寫本加入表及健康聲明書與信用卡授權書。
2. 本人與眷屬同為會員者僅得則一身分加保，並請填寫在同一張加入表。會員本人申請投保且經核保通過受理者，始受理其眷屬之投保申請，且眷屬保額不得高於會員保額。
3. 每月 25 提出書面申請，次月 1 日生效。經核保審查及扣款成功後，始生保險效力並核發保險證。

※被保險人基本資料：【 無論是否初次為眷屬加保，請載明會員基本資料 】 保單號碼： 3001013472 （保誠人壽填寫）

身份	被保險人簽名 (需親簽)	計畫別	出生日期 年/月/日	身分證字號	投保權益確認、續保約定同意 暨身故受益人電話、地址提供	未成年人/受監 護宣告法定代 理人簽名	身故受益人
會員					完成投保權益確認 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 續保約定 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 身故受益人電話、地址 <input type="checkbox"/> 提供 <input type="checkbox"/> 不提供		<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 姓名_____ 與被保險人關係_____ 聯絡電話_____ 國籍_____ 身分證號_____ 出生日期_____
配偶					完成投保權益確認 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 續保約定 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 身故受益人電話、地址 <input type="checkbox"/> 提供 <input type="checkbox"/> 不提供		<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 姓名_____ 與被保險人關係_____ 聯絡電話_____ 國籍_____ 身分證號_____ 出生日期_____
子女					完成投保權益確認 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 續保約定 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 身故受益人電話、地址 <input type="checkbox"/> 提供 <input type="checkbox"/> 不提供		<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 姓名_____ 與被保險人關係_____ 聯絡電話_____ 國籍_____ 身分證號_____ 出生日期_____
子女					完成投保權益確認 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 續保約定 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 身故受益人電話、地址 <input type="checkbox"/> 提供 <input type="checkbox"/> 不提供		<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 姓名_____ 與被保險人關係_____ 聯絡電話_____ 國籍_____ 身分證號_____ 出生日期_____
<input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母					完成投保權益確認 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 續保約定 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 身故受益人電話、地址 <input type="checkbox"/> 提供 <input type="checkbox"/> 不提供		<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 姓名_____ 與被保險人關係_____ 聯絡電話_____ 國籍_____ 身分證號_____ 出生日期_____
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 員工/ 會務人員					完成投保權益確認 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 續保約定 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 身故受益人電話、地址 <input type="checkbox"/> 提供 <input type="checkbox"/> 不提供		<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 姓名_____ 與被保險人關係_____ 聯絡電話_____ 國籍_____ 身分證號_____ 出生日期_____
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 員工/ 會務人員					完成投保權益確認 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 續保約定 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 身故受益人電話、地址 <input type="checkbox"/> 提供 <input type="checkbox"/> 不提供		<input type="checkbox"/> 法定繼承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 姓名_____ 與被保險人關係_____ 聯絡電話_____ 國籍_____ 身分證號_____ 出生日期_____

- ◎ 未成年者，請由本人(於被保險人欄位)及法定代理人(於法定代理人欄位)親簽；被保險人投保時如有受監護宣告需請法定代理人(於法定代理人欄位)親簽。
- ◎ 續保約定被保險人勾選不同意或未勾選，或因主被保險人未續保時，本保險契約於期間屆滿時自動終止。
- ◎ 保誠人壽依個人資料保護法而為蒐集、處理或利用您的個人資料，若您選擇不提供個人資料或是提供不完全時，本公司將無法承保。
- ◎ 於簽訂投保時，業已提供投保權益確認及個資處理及利用個人資料告知內容、**保險費未繳交之催告通知相關說明**供被保險人審閱。
- ◎ 身故受益人如採指定個別家屬時，依金融機構防制洗錢辦法要求需提供受益人姓名、身分證號(外籍人員請提供居留證統一證號或護照號碼)、出生日期與國籍等基本資料。
- ◎ 身故保險金受益人如係指定法定繼承人或為其他身分別之指定及如有要保人或被保險人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。如同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，同意如下表會員之聯絡方式。

※以上事宜若有疑義者，以要保單位與本保險公司所簽訂之團體保險契約所載全部事項及保單條款為依據。

★要保單位聲明

被保險人身分確為本要保單位所屬成員、所屬成員戶籍登記之配偶、父母、子女，且本要保單位已向全體被保險人告知前述保險契約內容，包括但不限於保險期間、保險金額等事項，並確認其具有投保意願。

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 **戳章：** (蓋章處)

簽收日期：	服務機關/單位： _____ / _____ 電話： _____ 分機： _____
	住家電話： _____ 行動電話： _____
	通訊暨保費催告寄送地址：(郵遞區號： _____) _____

繳費方式：採月繳保費。

轉帳授權書：本人授權自保單生效日起，由本人之下列信用卡帳戶扣除本人及加保眷屬之保險費並支付保誠人壽保險股份有限公司，本人將遵守信用卡合約書之規定。如因授權書內容填寫錯誤，或其他原因致發卡銀行無法代扣保險費，本授權書之效力即行終止，唯其情形得以補正，不在此限。本授權書未記載事項，係依一般銀行慣例及相關法令辦理。

首期保費/續期保費

申請日期：民國____年____月____日

信用卡卡別： <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 聯合信用卡		發卡機構： <input type="text"/> 銀行
用卡卡號： <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	信用卡有效期限：至____月____年(西元)	
持卡人姓名：	出生日期：____年____月____日	
持卡人身分證號碼：	持卡人電話：	
持卡人地址：()		
持卡人身分： <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人法定代理人 <input type="checkbox"/> 受益人		
授權人簽署 <small>與信用卡簽名形式相同</small>	合約編號 / 保單號碼	被保險人簽名
	3001013472	

1. 立授權書人同意以上開信用卡繳付保誠人壽保險股份有限公司之保險費，並依照信用卡使用約定付款予發卡機構。
2. 本項交易若未獲發卡機構 / 聯合信用卡處理中心核准，則本付款授權書即失效力，保誠人壽得重新收費。
3. 信用卡僅有效期間更新而卡號不變時，本轉帳授權仍然有效，但授權人應將更新之效期以書面通知本公司修改，以維護保單效力。
4. 本公司將於扣款月當月1日、11日、21日進行扣款，遇假日提前扣款；若3次扣款失敗保險效力自應扣款日起終止。

- ◎ 本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。
- ◎ 保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解。
- ◎ 投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。
- ◎ 查閱本公司『資訊公開』說明文件請連結網址 <http://www.pcalife.com.tw> 或洽詢客戶服務專線：0809-0809-68。

- 健康保險契約「疾病等待期間」之相關約定，請詳閱契約條款。
- 依保險法第一百二十七條規定：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。
- 本健康聲明書係構成本團體保險要保書之一部分。

要保人：_____	被保險人 姓 名				
被 保 險 人 告 知 事 項					
1. 過去二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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
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？ 1. 高血壓症（指收縮壓大於140mm-Hg或舒張壓大於90mm-Hg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（GOT、GPT檢驗值異於檢驗標準的正常值）。 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、類風溼性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺機能亢進或低下。 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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？ (投保傷害保險者，另須填寫)		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7-1. 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（指收縮壓大於140mm-Hg或舒張壓大於90mm-Hg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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7-2. 目前身體機能是否有下列障害？（請勾選）					
1. 失明。		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
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。		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 聾。		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
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。		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 啞。		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. 咀嚼、吞嚥或言語機能障害。		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7. 四肢（含手指、足趾）缺損或畸形。		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

被 保 險 人 告 知 事 項

(投保重大疾病、健康保險或癌症保險者，另須填寫)				
8. 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. 胸廓畸形及脊柱彎曲移位。 2. 弱視、中耳炎、前庭神經炎、重聽。 3. 頭部外傷、骨折、脫臼、椎間盤症（分離、疝氣或脫出）、關節炎。 4. 甲狀腺腫、鼻竇炎、鼻中隔彎曲、不整脈、蠱豆症、慢性胃炎。 5. 膽石症、膽囊炎、痔瘡、陰囊水腫、梅毒、淋病、疝氣、腎上腺機能亢進或低下。 6. 骨盆腔膜炎、前列腺肥大、腎結石、膀胱結石、尿道炎、尿管結石。 7. 周邊神經炎、顱神經炎、脊髓神經壓迫症、睡眠呼吸中止症、川崎症、良性腫瘤、精神疾病。	□是□否	□是□否	□是□否	□是□否
(投保癌症保險者，另須填寫)				
9. 過去一年內，是否曾接受下列檢查或曾患下列疾病或異常症狀？ 1. 是否曾患B型或C型肝炎接受檢查或治療？ 2. 目前是否有腹、肝腫大、黃疸現象？ 3. 有否子宮頸抹片檢查異常記錄或婦科異常出血現象？ 4. 胸部（乳房）是否有腫塊或異常硬塊存在？ 5. 口腔內或皮膚上有否慢性潰爛不癒（超過兩週以上）？口腔內是否有異常腫塊或白斑存在？ 6. 是否吞嚥困難、大便出血現象？ 7. 頸部有否異常腫塊或不尋常腫大現象？	□是□否	□是□否	□是□否	□是□否
10. 婦女欄（女性被保險人填寫）				
1. 目前是否懷孕？如是，已經幾週？_____週。 2. 過去一年內是否曾患有乳腺炎、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？	□是□否	□是□否	□是□否	□是□否

告知事項說明欄：若答案為「是」，請詳填下表								
被保險人姓名	題號	疾病名稱/健檢原因	大約初診及最後診治日期	就診醫院	門診	是否手術/手術名稱	是否住院/住院日	目前狀況
					□是 □否	□是 _____ □否	□是，約 _____ 天 □否	
					□是 □否	□是 _____ □否	□是，約 _____ 天 □否	
					□是 □否	□是 _____ □否	□是，約 _____ 天 □否	
					□是 □否	□是 _____ □否	□是，約 _____ 天 □否	

聲明事項：

- 本人（被保險人）同意 貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- 本人（被保險人、要保人）同意 貴公司將本要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。
- 本人（被保險人、要保人）同意 貴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。
- 本人（被保險人、要保人）已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保 貴公司二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知 貴公司有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而 貴公司仍承保者， 貴公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知 貴公司者，同意 貴公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任。（實支實付型傷害醫療保險適用）
- 本人（被保險人、要保人）已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保 貴公司二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知 貴公司有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而 貴公司仍承保者， 貴公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知 貴公司者，同意 貴公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任，但 貴公司應以「日額」方式給付。（實支實付型醫療保險適用）

- ◎被保險人是否投保其他商業實支實付型醫療保險（請勾選）？□否 □是；如是，請詳述被保險人姓名：_____ 險種：_____
- ◎被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明（請勾選）？□否 □是；如勾選是者，請提供。（被保險人姓名：_____）
- ◎被保險人現在是否受有監護宣告（請勾選）？□是 □否；如勾選是者，請提供相關證明文件。（被保險人姓名：_____）

◎未滿七足歲者，由法定代理人代為簽名；七足歲（含）以上未滿成年者，請由本人及法定代理人親自簽名。不識字者得以捺指印代替簽名並蓋印章於旁，但須有二位以上的見證人在旁簽名，惟見證人不得為本件業務員或受益人，同時須註明見證人身分證字號、簽署日期及其與被保險人之關係。

◎要保人與被保險人應誠實告知，如因未誠實告知而影響保險公司對危險之評估，則保險公司得依保險法第六十四條解除契約，保險事故發生後亦同。相關規定，請詳閱「投保人須知」第二項，為了您的權益，請詳閱本健康聲明書內容並親自填寫。

被保險人同意及簽署：_____	被保險人同意及簽署：_____	未成年者法定代理人/受監護宣告代理人簽署：_____
被保險人同意及簽署：_____	被保險人同意及簽署：_____	法定代理人/受監護宣告代理人與被保險人關係：_____
申請日期：民國_____年_____月_____日		

保險業務員/經紀人/代理人簽名：_____ 保誠人壽受理/日期：_____

登錄字號/執業證號：_____ 核定：_____