

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、肺膿瘍、肺栓塞
- (5)乳漏症、陰道異常出血(女性被保險人回答)
- (6)十二指腸潰瘍或出血、氣喘、痛風、高血脂症、青光眼、白內障、(以下請由女性被保險人回答)乳腺炎、子宮內膜異位症

5.女性被保險人回答：是否已確知懷孕？如是，已經幾週？

6.過去五年內是否曾因受傷或生病*住院治療七日以上？

7.目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害。

綜合上述每一項問題中，如有告知為“是”，請註明被保險人姓名、問題號碼、詳述原因或疾病名稱、症狀、大約治療時間、地點及結果。健康檢查之原因、大約時間、地點、項目及結果。

上述告知事項中，倘有勾選“是”者，請於此進一步填寫相關詢問事項。

被保險人注意事項：「被保險人告知事項」應由被保險人親自填寫並誠實告知，如有違反告知義務之情事，足以影響本公司對於危險的估計者，本公司得依保險法第六十四條之規定，解除被保險人資格，其保險事故發生後亦同。

要保人與被保險人向南山人壽保險股份有限公司聲明同意下列事項：

- 1.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。
- 2.本人(被保險人、要保人)同意貴公司將本要保書上所载本人資料轉送產、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。
- 3.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)於填寫本加保約定書時，已審閱 貴公司所提供之「團體保險履行個人資料保護法告知義務內容」。

※針對以上填寫內容，本人(被保險人)已充分了解並確認內容正確後親自簽名。

【本加保約定書如有塗改，請於塗改處簽名】

被保險人 同意暨簽名	林男生	吳女生	林兒	
---------------	-----	-----	----	--

請注意：(每個簽名欄位都要個別簽署喔!!)
未滿七足歲者或無行為能力人需由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名。

請務必填上申請日期。

法定代理人簽名： 林男生 未成年人加保時，法定代理人需簽名。 申請日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

(未滿七足歲者或其他無行為能力人，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名；七歲(含)以上未成年人或其他限制行為能力人，由本人及法定代理人簽名。)

◆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。

本商品如有不明之處，請洽本公司各分支機構洽詢索取。總公司：台北市信義區莊敬路168號。 可能不利消費者，請詳加閱讀

※以上填寫之處若有塗改，請該被保險人務必於塗改處旁簽名。謝謝！

了解。◆本) 查閱，或電洽 0800-020-060 詢問，或至本公司各分支機構洽詢索取。總公司：台北市信義區莊敬路 168 號。

本欄僅供核保人員使用	南山人壽使用欄
核保人員： _____ 日期： _____	<input type="checkbox"/> 標準體承保 <input type="checkbox"/> 加費件(次標準體) <input type="checkbox"/> 拒保 <input type="checkbox"/> 延期 <input type="checkbox"/> 退件

