

- ◎ 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：0800-098-889。

- 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。
- 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。

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、心肌梗厚、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。 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〇・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"/> 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 <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 <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 <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 <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 <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 <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				
(投保重大疾病壽險、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？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
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、蠶豆症、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. 骨盆腹膜炎、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。				
(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？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
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. 頭部有否異常腫塊或不尋常腫大現象？				
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。		<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. 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？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 _____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，約 _____ 天 <input type="checkbox"/> 否	
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 _____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，約 _____ 天 <input type="checkbox"/> 否	
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 _____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，約 _____ 天 <input type="checkbox"/> 否	
					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 _____ <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，約 _____ 天 <input type="checkbox"/> 否	

◎被保險人是否已投保其他商業實支實付型醫療保險？(請勾選)

☐否 被保險人姓名：_____ ☐是 被保險人姓名：_____

聲明事項：

- 本人（被保險人）同意 貴公司查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。
- 本人（被保險人）同意 貴公司將本要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理本人投保時之核保參考，但各該公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以前開資料作為承保與否之依據。
- 本人（被保險人、要保人）同意 貴公司得依「電腦處理個人資料保護法」之相關規定，對本人之個人資料，有為蒐集、電腦處理或國際傳遞及利用之權利。
- 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）

被保險人同意及簽署： _____	被保險人同意及簽署： _____	未成年者法定代理人簽署： _____
被保險人同意及簽署： _____	被保險人同意及簽署： _____	法定代理人與被保險人關係： _____
◎未滿七足歲者，由法定代理人代為簽名；七足歲（含）以上者，請由本人親自簽名。不識字者得以捺拇指手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，惟見證人不得為業務員及本件受益人，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。		
要保單位簽章： _____	負責人簽章： _____	申請日期： 民國_____年_____月_____日

核定：_____受理：_____日期：_____