

中華民國護理師護士公會全國聯合會

會員及配偶自費團體保險專案

(115 年度保險期間：115.06.01 零時-116.06.01 零時)

■ 方案內容：(本專案承保對象限職業分類第 1 至 2 級人員，需檢附健康聲明書)

投保名稱		計劃等級	方案一	方案二
			會員/配偶	會員/配偶
凱基人壽團體一年定期壽險		身故保險金或喪葬費用保險金、失能保險金	10 萬元	10 萬元
凱基人壽團體傷害保險		身故保險金或喪葬費用保險金、失能保險金	100 萬元	200 萬元
凱基人壽團體傷害保險給付附加條款(丁型)		運輸事故身故保險金或喪葬費用保險金	50 萬元	100 萬元
凱基人壽團體傷害保險給付附加條款(己型)		航空意外身故保險金或喪葬費用保險金	50 萬元	100 萬元
凱基人壽團體傷害保險給付附加條款(戊型)		火災或溺水事故身故保險金或喪葬費用保險金	50 萬元	100 萬元
凱基人壽團體重大燒燙傷保險給付傷害醫療保險附加條款 (重大燒燙傷保險金以保單條款附表「重大燒燙傷程度及給付比例表」所列之給付比例給付(15%-100%))			35 萬元	70 萬元
凱基人壽傷害醫療保險金日額給付附加條款(日額型) (每次住院期間給付日數最高以 120 日為限)			500 元	800 元
骨折未住院給付(屬「凱基人壽傷害醫療保險金日額給付附加條款(日額型)」保障內容)		完全骨折未住院治療者，或已住院但未達骨折別所訂日數其未住院部分，按骨折別所訂日數(14-60 天)乘以住院日額的二分之一。如係不完全骨折，按完全骨折日數二分之一給付；如係骨骼龜裂者，按完全骨折日數四分之一給付。		
凱基人壽團體住院醫療定額保險	住院醫療日額 (住院天數超過 30 天-90 天(含)者，超過部分每日給付「住院醫療日額」*1.25 倍；住院天數超過 90 天者，超過部分每日給付「住院醫療日額」*1.5 倍；每次事故最高 180 天)		1,000 元	1,000 元
	加護病房日額 (每次事故最高 31 天)		1,000 元	1,000 元
	住院門診費用 (住院前後二週內門診，每次事故最高 15 次)		400 元	400 元
	手術費用 (按實際手術部位，依保單條款附表「外科手術類別及住院醫療日額倍數表」所列之給付倍數給付(15 倍~40 倍))		500 元	500 元
凱基人壽團體門診手術健康保險附加條款 (因疾病或傷害於醫院門診診療須接受外科手術治療，每一保險年度最高給付門診手術保險金之次數以十次為限)			1,000 元	1,000 元
每人保費(年繳)			2,160 元	2,970 元

➤ 以上詳細給付內容以要保單位與凱基人壽訂定之保險契約及保單條款約定為準

■ 保險年度中保障生效日對應保費表(若保障非 115 年 06 月 1 日生效者，按下表收取非整年保費。)【11506 版】

身分	生效日	115.06.01-116.06.01 05/31 前送件	115.07.01-116.06.01 06/30 前送件	115.08.01-116.06.01 07/31 前送件	115.09.01-116.06.01 08/31 前送件	115.10.01-116.06.01 09/30 前送件	115.11.01-116.06.01 10/31 前送件
會員/配偶(每人) 方案一		\$2,160	\$1,985	\$1,801	\$1,616	\$1,439	\$1,255
會員/配偶(每人) 方案二		\$2,970	\$2,727	\$2,475	\$2,223	\$1,978	\$1,724
身分	生效日	115.12.01-116.06.01 11/30 前送件	116.01.01-116.06.01 12/31 前送件	116.02.01-116.06.01 01/31 前送件	116.03.01-116.06.01 02/28 前送件	116.04.01-116.06.01 03/31 前送件	116.05.01-116.06.01 04/30 前送件
會員/配偶(每人) 方案一		\$1,079	\$893	\$710	\$545	\$361	\$184
會員/配偶(每人) 方案二		\$1,482	\$1,229	\$977	\$750	\$497	\$252

中華民國護理師護士公會全國聯合會會員及配偶自費團體保險專案加入表填寫說明暨注意事項

■ **保險期間：**115 年度保險期間自 115 年 06 月 01 日零時起至 116 年 06 月 01 日零時止。

■ **被保險人資格：**

1. 中華民國護理師護士公會全國聯合會所屬各地護理師/護士公會之現職護理師/護士（加保請檢附有效執業執照正反面影本）。
2. 各地公會在職行政人員及理監事人員（加保請檢附有效識別證、聘書影本或在職證明書影本）。
3. 現職人員本人需加保，配偶(以戶籍登記為準)始可加保，工作性質限職業分類第 1 至 2 級者，另包括精神病科護理人員。

■ **年齡限制：**

現職人員及配偶首次投保年齡最低為 15 足歲，上限為保險年齡 70 歲，續保至 75 歲。

■ **加退保作業：【請務必交由各縣市服務業務代表受理收件，以維護保險權益】**

1. 加保作業：
 - (1) 填寫加入表、信用卡授權申請暨約定書、健康聲明書。
 - (2) 新加保：每月月底前申請交由專責業務代表收受辦理，經凱基人壽核保同意且扣款成功後，生效日為申請之次月 1 日。
 - (3) 擇定方案後，保險期間內不得改變。
 - (4) 電洽各縣市服務業務代表，將派專人協助辦理。
2. 退保作業：一經承保後，保障將持續有效至保單年度屆滿。若會員因身故或職業等級變更更高於承保範圍時，需辦理退保，配偶亦需同時辦理退保。
3. 被保險人契約變更通知：
被保險人於保險期間內，如因基本資料變更(需提供身分證明文件)/身故受益人指定變更/職業(工作性質)變更...等，請通知服務業務代表辦理，以免權益受損。
4. 若有補辦事項，應於照會截止日前補辦完成，經核保通過後生效；若未能於期限內完成，則當次加保作業不生效力；後續如欲加保，請重新辦理加保申請作業。

■ **其他規定：**

1. 若夫妻同為中華民國護理師護士公會全國聯合會所屬各地護理師護士公會之現職護理師/護士、各地公會在職行政人員、理監事人員，僅得選擇一種身份參加，不得互以配偶身份重複投保。
2. 本專案承保對象限職業分類第 1 至 2 級人員(含第 3 級精神病科護理人員本人)，若有不實說明，凱基人壽將解除契約，發生事故後亦同。若於保險年度中職業等級變動為非第 1 至 2 級人員(含第 3 級精神病科護理人員本人)，則需提出變更退保，凱基人壽將退還未到期保費。(職業等級依凱基人壽職業分類表為主)
3. 所有被保險人需投保同一方案，不得跨方案投保。
4. 繳費方式限信用卡，被保險人保險費(信用卡)扣款時間：生效月份 11 日、21 日及次月 1 日進行扣款；如扣款不成功，凱基人壽將發照會通知單，由服務業務代表通知被保險人進行補正資料，如連續三次扣款失敗者，其保險自始不生效力。
5. 保險期間內在保之被保險人年齡逾承保年齡上限時，其保險效力持續至該保險年度屆滿時為止，次年度將不再續保。
6. 相關欄位請正楷填寫，如有塗改請換表重填或請主被保險人(會員)於塗改處簽名。
7. 被保險人若為外籍人士，身分證字號欄位請填寫統一證號並提供有效居留證件影本。
8. 凱基人壽保留承保與否之權利，並進行包括但不限於被保險人之體況、財務核保等核保作業。另，必要時得要求被保險人提供財務狀況告知書、財力證明文件及核保所需等相關文件，以利評估。
9. 以上事宜若有疑義或未盡事宜時，以要保單位與凱基人壽訂定之保險契約及保單條款約定為準。
10. 凱基人壽依核保處理制度及程序，保留承保與否之權力。(本專案為套裝商品，若核保未通過，所有險種不予承保)。

本專案承保限職業分類第 1 至 2 級人員，職業分類以凱基人壽最後核定為準；

因職業分類眾多若有任何疑義，請洽服務業務代表或保戶服務專線 0800-098-889 查詢。

『投保人須知』

一、投保時，應先請業務員出示登錄證，並請其詳細告知登錄證上所載授權範圍；如未主動出示或告知，應要求其出示並詳細告知。

說明：保險業務員管理規則第六條規定：業務員於招攬保險時，應出示登錄證，並告知授權範圍。如業務員未主動出示或告知，要保人應向其提出要求以確保本身之權益。

二、告知義務：要保人及被保險人應誠實告知，否則保險公司得解除契約；保險事故發生後亦同。

說明：（一）保險法第六十四條規定：「訂立契約時，要保人對於保險人之書面詢問，應據實說明。」又「要保人有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，保險人得解除契約；其危險發生後亦同。但要保人證明危險之發生未基於其說明或未說明之事實時，不在此限。」前項契約解除權，自保險人知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅，或契約訂立後經過二年，即有可以解除之原因，亦不得解除契約。

（二）因保險契約是最大誠信契約，所以要保人及被保險人在要保時應將要保書各項詢問事項，詳實說明或填寫清楚，不能有過失遺漏，故意隱瞞或告知不實情事。否則保險公司在契約訂定後二年內可以解除契約（不過保險公司須在知有解除原因後一個月內行使）；即使事故發生後亦不負賠償責任，除非要保人（或被保險人）能證明保險事故發生原因與未告知事項無關，且因未盡告知義務解除契約時，其已繳的保險費不須退還，這一點要保人或被保險人請特別注意以免遭受損失。

三、除外責任：

說明：（一）保險公司依照保險法規定，有下列原因，可以不負賠償責任。

1. 要保人或受益人故意致被保險人於死者（參考保險法第一二一條）。

2. 被保險人訂約或復效之日起二年內故意自殺，或因犯罪處死或拒捕或越獄致死者（參考保險法第一〇九條）。

（二）此外在人壽保險單條款通常都有詳細訂明各種除外責任之範圍，可以參閱。

四、保險責任始期保險費過期未繳付，保險契約會自動停止效力。

說明：保險公司的保險責任，應自保險公司同意承保並收取第一期保險費後負保險責任，保險公司並應發給保險單作為承保的憑證。若在保險公司同意承保與否之意思表示前預收相當於第一期的保險費，而發生應予給付的保險事故時，保險公司仍須負保險責任。

五、投保時，要保書應親自填寫及簽章，如本人不能書寫，得授權由家屬為之，但應註明其經過；業務員及保險公司會主動提供保險單條款，並於要保人交付保險費後，出具正式收據。為知道您投保的內容，及維護您的權益，如業務員及保險公司未主動提供時，請務必要求其提供。

六、被保險人為未滿十五足歲之未成年人，或受監護宣告尚未撤銷者，其身故保險金給付之限制。

說明：（一）本契約生效時，以未滿十五足歲之未成年人為被保險人，無身故保險金之給付。（二）訂立本契約時，以受監護宣告尚未撤銷者為被保險人，其喪葬費用保險金額總和（不限本公司），不得超過訂立本契約時遺產及贈與稅法第十七條有關遺產稅喪葬費用扣除額之半數，其超過部分本公司不負給付責任，本公司並應無息退還該超過部分之已繳保險費。（三）前開內容在保單條款都有詳細規定，可以參閱。

七、本保險商品受保險安定基金之保障。

說明：保險安定基金之保障適用於依我國法律設立許可之本（外）國人壽保險業在我國境內銷售之有效保險契約，但不包括下列契約：（一）未經我國法令許可之保險業在國內所銷售之保險契約。（二）國內壽險業之國外（總）分支機構在國外銷售之保險契約。（三）保險商品之專設帳簿部分。（四）依據勞工退休金條例年金保險實施辦法規定銷售之勞退企業年金保險契約及勞退個人年金保險契約。（人身保險安定基金動用範圍及限額第二點）

八、因投保契約所生紛爭之處理方式及申訴之管道：

說明：要保人、被保險人或受益人因保險契約發生爭議時，可依金融消費者保護法規定先向保險業提出申訴，保險業應於收受申訴之日起三十日內為適當之處理，並將處理結果回覆申訴人；申訴人不接受處理結果者或保險業逾上述期限不為處理者，申訴人得於收受處理結果或期限屆滿之日起六十日內，向爭議處理機構申請評議。

壽險業履行個人資料保護法告知義務內容

版本：11301

凱基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、第八條第一項規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

一、蒐集之目的：

- (一)〇〇一 人身保險 (二)〇四〇 行銷 (三)〇五九 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)〇六九 契約、類似契約或其他法律關係事務 (五)一三六 資（通）訊與資料庫管理
- (六)一五七 調查、統計與研究分析 (七)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：

- (一)姓名 (二)身分證統一編號 (三)地址等聯絡方式 (四)病歷、醫療、健康檢查 (五)財務狀況 (六)聲音、影像檔案
- (七)其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容

三、個人資料利用之期間、地區、對象、方式：

- (一)期間：本保險契約之有效期間及依法令規定應為保存之期間。
- (二)對象：本公司、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、臺灣網路認證(股)公司及其合作之電信業者、內政部戶政司、業務委託機構、本公司所屬金融控股公司及其子公司(包括但不限於與本公司共同行銷或交互運用客戶資料者)及其委外單位、與本公司合作推廣 台端保險契約之保險代理人/保險經紀人(含兼營保險代理人/保險經紀人業務之銀行)、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關、以及本公司為踐行台端身分驗證之機關/機構。
- (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。

四、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：書面。

五、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、遲延或無法承保。

115 年度中華民國護理師護士公會全國聯合會會員及配偶自費團體保險專案加入表

(※為必填欄位)

*服務單位		*服務醫事 機構代碼		*部門單位	
*會員姓名		*身分證號		*出生日期	民國 年 月 日
聯絡電話	()	分機		*行動電話	
*聯絡地址	(郵遞區號)			電子信箱	

■ 保險期間

自 115 年 06 月 1 日零時起至 116 年 06 月 1 日零時止。中途加保者，經核保通過後，依申請日之次月 1 日生效。

■ 新加保者請先勾選投保方案：☐ 方案一 ☐ 方案二 (所有被保險人僅能投保同一方案)

■ 被保險人資料 (限職業分類第 1 至 2 類人員加保，如有塗改請換表重填或於塗改處簽名)

加保	變更	退保	身分	被保險人(需親簽)	身分證字號	出生日期 (民國年/月/日)	工作性質及內容 (務必詳填)
			會員本人				
			會員配偶				

※被保險人目前是否受有監護宣告？…… ☐ 否 ☐ 是 (請提供相關證明文件)，

受監護宣告之被保險人姓名如右：

※會員之身故或喪葬費用保險金受益人為法定繼承人；眷屬之身故或喪葬費用保險金受益人順位為 1.員工本人 2.法定繼承人 (但已由被保險人具名指定者，依其指定；具名指定以被保險人家屬或其法定繼承人為限)。

※失能及各項醫療保險金的受益人為被保險人本人，保險公司不受理其指定或變更。

※身故保險金受益人如係身分別之指定，或要保人不同意填寫或未填寫受益人之聯絡地址或電話時，則以要保人最後所留存於保險公司之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。

※友善提醒：健康聲明書中，「精神病」之告知範圍：(一)精神病係指思覺失調症、躁鬱症(雙相情緒障礙症)……等，導致腦部功能失調、個人與現實脫節，例如出現幻覺、妄想、思維混亂等症狀，其特徵是指思考、情緒、知覺、認知、行為及其他精神狀態表現異常，導致個體在適應生活方式出現障礙，需接受醫療及照顧之疾病。(二)於投保前過去五年內因上述疾病接受醫師治療、診療或用藥即屬告知範圍。

■ 被保險人確認事項

1. 保險公司或要保人(單位)已提供本團保「調查表/加入表填寫說明暨注意事項」供被保險人成員參閱。
2. 被保險人已審閱「投保人須知」及「壽險業履行個人資料保護法告知義務內容」(內容詳背面附表)。

■ 被保險人聲明事項

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)同意凱基人壽保險(股)公司將本要保文件(加入表)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。
3. 本人(被保險人、要保人)同意凱基人壽保險(股)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。

會員(主被保險人/法定代理人)親簽：_____ 填表日期： 年 月 日

身分證明	護理師/護士： ☐ 有效執業執照正反面影本
	各地公會行政人員/理監事人員： ☐ 有效聘書影本 ☐ 在職證明書或識別證影本 (擇一檢附)

保險公司專用欄	通訊處	業務員 簽名	登錄證 字號	聯絡電話
	◎業務員聲明事項： 1. 本人已核對要保人、被保險人及法定代理人個人身分證明文件，並確認其身分、職業(含工作內容)、戶籍地址及住所(通訊地址)與要保文件填載內容一致，並已確認要保人與被保險人/被保險人與受益人之關係及受益人之身分。 2. 本保單之規劃，已確實瞭解要保人與被保險人之投保目的、保險需求，並綜合考量財務狀況以及付費能力，分析與評估保險費、保額及保障需求間之適當性(適合度)，及確認要保人已確實瞭解其所繳交保險費係用以購買保險商品。 3. 本要保書各欄及詢問事項，確經本人當面向要保人、被保險人及法定代理人說明，並由要保人、被保險人及法定代理人親自填寫及簽名無誤，且本報告書各欄均屬確實，若有不實致生損失於公司，本人願負全部責任，特此聲明。			

凱基人壽『中華民國護理師護士公會全國聯合會-會員及配偶自費團體保險專案』

【聯絡服務業務代表方式】

感謝您對凱基人壽「中華民國護理師護士公會全國聯合會-會員及配偶自費團體保險專案」團體保險的支持與信賴！為了更好地為您提供專業的保險服務，我們特別設置了聯絡表供您填寫。請使用以下方式提交您的聯絡資訊，由專業服務代表與您聯繫，為您提供個人化的保險諮詢和服務：

一、掃描 QR Code：

請使用手機掃描下方的 QR Code，進入聯絡表單頁面。填寫您的基本資訊和需求後，服務業務代表將會盡快與您聯繫，提供專業的保險服務。



二、凱基人壽客戶服務專線 0800-098-889

當您撥通凱基人壽客戶服務專線後，將會聽到語音服務導引，為您介紹語音服務的操作流程。

您提供的資訊將嚴格保密，僅用於所需的保險服務。感謝您選擇凱基人壽，期待為您打造最完善的保障！



凱基人壽
KGI LIFE

團體保險被保險人健康聲明書

民國 90 年 04 月 26 日台財保字第 0900703456 號函備查
核准日期及文號:民國 98 年 6 月 16 日金管保理字第 09802552211 號
備查日期及文號:民國 113 年 10 月 1 日凱壽團保字第 1133000264 號

- ◎ 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 <https://www.kgilife.com.tw> 或洽詢客戶服務專線：0800-098889。
- ◎ 本公司免費申訴電話：0800-098889 傳真：(02)2712-5966 電子信箱：services@kgi.com

- 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：中華民國護理師護士公會全國聯合會 保單號碼：	員工(成員) 姓 名	眷 屬	(關 係)	姓 名
被 保 險 人 告 知 事 項				
被保險人之職業或兼業。				
被保險人目前之身高及體重。	公分 公斤	公分 公斤	公分 公斤	公分 公斤
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)	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 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？	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 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。	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 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、高血症。 6. 青光眼、白內障。	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 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。	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 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)	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 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。	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 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○·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。	☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否

(續次頁)

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)					☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
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。								
(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？								
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	治療方式（可複選）		目前狀況	
					☐ 門診 ☐ 住院，約_____天 ☐ 手術 ☐ 其他_____			
					☐ 門診 ☐ 住院，約_____天 ☐ 手術 ☐ 其他_____			
					☐ 門診 ☐ 住院，約_____天 ☐ 手術 ☐ 其他_____			
					☐ 門診 ☐ 住院，約_____天 ☐ 手術 ☐ 其他_____			
◎ 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 ☐ 是；如是，請詳述於下： 被保險人姓名：_____投保險種：_____投保金額：_____								
◎ 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（姓名：_____）；如是，請提供。								
◎ 被保險人目前是否受有監護宣告（請勾選）？..... ☐ 否 ☐ 是（姓名：_____）；如是，請提供相關證明文件。								
聲明事項：								
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）同意凱基人壽保險(股)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）同意凱基人壽保險(股)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。								
被保險員工(成員)同意及簽名：			眷屬同意及簽署欄	被保險人簽名（關係：_____）		被保險人簽名（關係：_____）		
				被保險人簽名（關係：_____）		被保險人簽名（關係：_____）		
申請日期：民國_____年_____月_____日								
◎未滿七足歲者或受監護宣告者，由法定代理人或監護人代為簽名；七足歲(含)以上/受輔助宣告者，請由本人親自簽名。不識字者得以捺押指手印代替簽名，但須有二位以上已成年的見證人在旁簽名，惟見證人不得為業務員，同時須註明見證人身分證字號及其與不識字者之關係。◎被保險人未成年、受監護宣告或受輔助宣告者，需法定代理人/監護人/輔助人簽名及填寫關係。						法定代理人/監護人/輔助人簽名：		
						與被保險人關係：		
要保單位簽章				業 務 單 位		(一)		(二)
				業務員/招攬人員簽名		(一)		(二)
				登 錄 證 字 號		(一)		(二)
填寫日期：民國_____年_____月_____日								
保險公司審核欄								受理