



英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司台灣分公司 團體保險健康聲明書

※本團體保險健康聲明書附於並構成團體保險要保書之一部分※

免費服務及申訴專線：0800-012666，友邦人壽資訊公開說明文件依法登載於友邦人壽網站(www.aia.com.tw)供消費者查閱，消費者亦可至友邦人壽查閱下載或索取書面文件。

1. 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。
2. 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。
3. 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。

(一)基本資料

要保單位	XXXXXXXXXX					保單號碼：_____ - _____		
員工成員姓名	出生年月日	身分證號碼	聯絡電話	配偶姓名	子女姓名(1)	子女姓名(2)	父親姓名	母親姓名
被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？如勾選「是」者，請提供			本人 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	配偶 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	子女(1) 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	子女(2) 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	父親 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	母親 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)？如勾選「是」者，請提供相關證明文件			本人 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	配偶 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	子女(1) 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	子女(2) 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	父親 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	母親 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>

(二)告知事項 請被保險人親自據實回答，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實的說明者，本公司得依保險法第六十四條規定解除保險契約且不退還已繳之保險費。

被保險人告知事項	本人	配偶	子女(1)	子女(2)	父親	母親
職業(含兼業)營業類別/工作內容						
被保險人目前身高及目前體重	公分 公斤	公分 公斤	公分 公斤	公分 公斤	公分 公斤	公分 公斤
*投保壽險、醫療險者，請填寫1~7項問題：	是	是	是	是	是	是
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它檢查或治療？(亦可提供檢查報告代替回答)	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"/>
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 <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"/>
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140mm/舒張壓90mm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(GPT、GOT值檢驗值有異常情形者)。(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。	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"/>
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。(7)乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血(女性被保險人回答)。	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"/>
5. 目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害。	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"/>
6. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？	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"/>
7. 是否已確知懷孕？如是，已經_____週？(女性被保險人回答)	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"/>

上述詢問事項回答「是」者，請依下列欄位填寫：
姓名_____ / 病名_____ / 大概就診時間_____ / 檢查、治療結果：門診 住院，約_____天 手術 其他_____ / 目前狀況_____

(三) 確認事項	被保險人是否已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(請勾選)。	本人	配偶	子女(1)	子女(2)	父親	母親
	(一)實支實付型傷害醫療保險：.....	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"/>
	(二)實支實付型醫療保險：.....	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"/>

(四)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。
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。
4. 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。
5. 實支實付型醫療保險適用：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。

被保險人簽名：本人 _____ / 配偶 ~~XXXXXXXXXX~~ / 子女(1) ~~XXXXXXXXXX~~ / 子女(2) ~~XXXXXXXXXX~~ / 父親 ~~XXXXXXXXXX~~ / 母親 ~~XXXXXXXXXX~~

法定代理人簽名：_____ 國籍：_____ 生日：民國_____年_____月_____日 與被保險人關係：_____ 投保申請日期：民國~~XXXX~~年~~XX~~月~~XX~~日
(未滿七歲或受監護宣告尚未撤銷者，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名；七歲(含)以上但尚未成年者，請由本人及法定代理人簽名。)

保經/保代簽署章	業務員親簽	業務員登錄證號	友邦人壽審核受理欄
本人已核對被保險人身份無誤，且確認被保險人親簽本要保書			

★塗改處請被保險人務必簽名

友邦人壽團體保險身故保險金受益人指定/變更申請書

要保單位： 中華民國儲蓄互助協會

被保險人姓名： _____ 保單號碼： ~~_____~~ 保險證號碼： ~~_____~~

受益人姓名	出生日期	身分證字號	國籍 (非本國籍請填寫)	與被保險人 關係(註2)	給付方式
(1)			_____		
聯絡資料	<input type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址/電話如下： 電話：_____ 地址：_____				
(2)					
聯絡資料	<input type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址/電話如下： 電話：_____ 地址：_____				
(3)					<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 比例： _____ % (請註明比例)
聯絡資料	<input type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址/電話如下： 電話：_____ 地址：_____				
(4)					
聯絡資料	<input type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址/電話如下： 電話：_____ 地址：_____				
(5)					
聯絡資料	<input type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址/電話如下： 電話：_____ 地址：_____				

註1.身故保險金或喪葬費用保險金受益人以被保險人家屬或法定繼承人為限。
 註2.身故受益人指定若非為「配偶」、「直系親屬」、「法定繼承人」時，須說明指定原因：_____

※ 身故保險金或喪葬費用保險金受益人的指定及變更，以被保險人的家屬或其法定繼承人為限。
 ※ 以永久共同生活為目的同居一家者，視為家屬。並請一併提供相關戶籍證明文件。

註3.指定受益人有二位(含)以上時，保險金給付之分配方式，請指定順位、比例、均分；指定順位者依序號決定受益順位；指定比例者請註明分配比例之百分比(%)；若未指定，則視為以均分方式辦理。若身故保險金受益人指定為法定繼承人時，其順位及應得比例適用民法繼承編相關規定。

註4.身故保險金受益人如係身分別之指定及如有要保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。

蒐集、處理及利用個人資料告知事項

英屬百慕達商友邦人壽保險股份有限公司台灣分公司(下稱本公司)因訂立團體保險契約(下稱本契約)，基於契約投保所需，依據個人資料保護法(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 台端詳閱並務必轉告具備被保險人資格之員工(成員)暨其從屬被保險人：

一、蒐集之目的(參照法務部頒佈之「個資法之特定目的及個人資料之類別」)：
 (一)人身保險(001)、(二)法院執行業務(055)、(三)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(059)、(四)契約、類似契約或其他法律關係事務(069)、(五)金融爭議處理業務(060)、(六)非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集處理及利用(063)、(七)消費者、客戶管理與服務(090)、(八)其他經營合於營業登記項目或組織章程鎖定之業務(181)、(九)調查、統計與研究分析(157)、(十)鄉鎮市調解(124)、(十一)其他電子商務服務(148)、(十二)行銷(040)

二、蒐集之個人資料類別(參照法務部頒佈之「個資法之特定目的及個人資料之類別」)：(C001)姓名、地址、職稱、電話、電子郵件帳號。(C003)身分證字號、護照號碼或居留證號。(C011)年齡、性別、生日、國籍。(C012)身高、體重。(C038)職業。(C111)健康記錄，如：醫療報告、醫藥報告、治療與診斷紀錄、檢驗結果、身心障礙種類、等級等。(C021)結婚有無、子女人數。

三、個人資料之來源 個人資料非由受告知人提供之間接蒐集情形適用：
 (一)要保人(要保單位)。(二)受告知之法定代理人、輔助人。(三)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、地區、對象、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：本公司、本公司所屬最終控股公司(友邦保險控股有限公司)及其附屬公司或分支機構、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、犯罪防制機構。
 (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。

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)得向本要保單位及本保險公司行使之權利：
 1.查詢、請求閱覽或請求製給複製本。2.請求補充或更正。3.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

六、台端不提供個人資料所致權益之影響(個人資料由受告知人提供之直接蒐集情形適用)：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。

本人同意前述團體保險契約之其他相關文件所記載之身故保險金受益人如與本申請書所指定之身故受益人不符者，概以本申請書之指定為準；以上填寫內容，本人(被保險人、法定代理人)已充分了解並確認內容正確後親自簽名/簽章。

被保險人(親簽)： _____
 (未滿七歲或受監護宣告尚未撤銷者，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名；七歲(含)以上但尚未成年者，請由本人及法定代理人簽名。)

法定代理人親簽： _____ 國籍： _____ 生日： _____ 與被保險人關係： _____

填寫日期： ~~_____~~ 年 ~~_____~~ 月 ~~_____~~ 日