



健康告知暨聲明書

保單號碼	ULD1000000	要保人	陳巴黎	被保險人	陳巴黎	本人同意左欄行動電話及電子郵件信箱變更為本申請書保單號碼之行動電話及電子郵件信箱。
行動電話	09*0-000000	電子郵件信箱	abc1230@xxxx.com.tw			

申請項目 主約基本保額提高為 _____ 附約 _____ 異動保險金額為 _____ 復效
 取消加費/批註 補充告知 其他 _____

被保險人目前是否受有監護宣告： 是 否 (人壽或傷害保險請勾選。如勾選是者，請提供相關證明文件。)

被保險人公司名稱	0000 股份有限公司	被保險人工作內容/職稱(含兼職)	會計人員
----------	-------------	------------------	------

※申請「主約基本保額/保險費提高、單筆增額申購、復效」時，請要/被保險人填寫以下財務評估問項：

請勾選您欲申請項目	<input type="checkbox"/> 被保險人	<input type="checkbox"/> 其他：	請勾選您欲申請項目
	<input type="checkbox"/> 股票或基金	<input type="checkbox"/> 房租或利息 <input type="checkbox"/> 舊保單解約 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	<input type="checkbox"/> 80 萬	<input type="checkbox"/> 100 萬	<input type="checkbox"/> _____ 萬
4. 淨資產(動產與不動產扣除貸款與負債合計)： <input type="checkbox"/> 50 萬 <input type="checkbox"/> 100 萬 <input type="checkbox"/> 500 萬 <input type="checkbox"/> _____ 萬			

壽險及健康險適用	是	否
1. 被保險人目前身高：_____公分/ 體重：_____公斤		
2. 過去五年內是否曾因患有下列疾病(註一)而接受醫師治療、診療或用藥?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 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"/>	<input type="checkbox"/>
5. 過去一年內是否曾因患有下列疾病(註二)而接受醫師治療、診療或用藥?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 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"/>	<input type="checkbox"/>
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?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 是否已確知懷孕?如是, 已經懷孕_____週(女性被保險人回答).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

傷害險適用	是	否
1. 過去二年內是否曾因患有下列疾病(註三)而接受醫師治療、診療或用藥?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 目前身體機能是否有下列障害(註四)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

註一：1. 高血壓症(指收縮壓 140mmHg 以上/舒張壓 90mmHg 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 值檢驗值有異常情形)、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. 癩症(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。

若告知事項回答「是」，請說明以下事項
 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、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)。
 mmHg 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)、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 值檢驗值有異常情形)、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. 癩症(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。

註四：1. 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。

上述告知事項回答「是」者，請說明以下事項：

疾病名稱	就診醫院(縣市)	是否住院	是否手術	門診/住院日期	最後就診日期
↓		<input type="checkbox"/> 是 _____ 天 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	約 年 月 日	約 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 是 _____ 天 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	約 年 月 日	約 年 月 日

聲明事項 要保人或被保險人之授權及同意事項，其內容如下：
 <10> <11>
 1. 本人(被保險人)同意法商法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司(以下簡稱 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 貴公司將本聲明書上載本人資料轉送產、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。

要保人親簽： 陳巴黎 被保險人親簽： 陳巴黎 申請日期：民國 107 年 09 月 13 日
 (為維護您的權益，請勿於空白的申請書上簽章)
 法定代理人親簽： _____ 身份證字號： _____ 出生日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 (要保人或被保險人未滿 20 足歲且未婚者，請法定代理人加簽)

送件單位： <u>要、被保險人皆須簽名</u>	件單位填寫欄	保經(代)章
業務員 1 簽名： _____ 登錄字號： _____	/流水編號：	
業務員 2 簽名： _____ 登錄字號： _____	連絡電話：(O) _____ (M) _____	

法國巴黎人壽批核/審查欄 (本申請書未經承辦單位核准簽章者不生效力)
 本公司同意本保單契約內容做如上之變更，且變更後之內容自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日起生效。
 已核對簽名無誤 承辦 覆核



法商法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司 履行個人資料保護法告知義務通知書

法商法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司(下稱「本分公司」)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、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：

依據法務部公告「個人資料保護法之特定目的及個人資料之類別」，包括人身保險(00一)、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(0五九)、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(0六三)及其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)。

二、蒐集之個人資料類別：(本分公司蒐集個人資料類別如下，細節請詳如相關業務申請書或契約書內容)

- (一) 識別類(如姓名、電話、金融機構帳戶或信用卡號碼、身份證統一編號或統一證號或護照號碼等)
- (二) 特徵類(如年齡、性別、出生年月日等)
- (三) 家庭情形(如要保人與被保險人之關係、受益人與被保險人之關係、保險費自動轉帳暨信用卡代繳授權人與要保人/被保險人之關係等)
- (四) 社會情況(如住所地址、財產資料、工作許可文件、居留證明文件、個人嗜好等)
- (五) 受僱情形(如僱主名稱、工作職稱、薪資與繳稅情形等)
- (六) 教育、考選、技術或其他專業(如學歷資格、職業專長等)
- (七) 財務細節(如總收入、總所得、淨資產、貸款、財務交易紀錄、保險細節等)
- (八) 商業資訊(如經營商業之種類等)
- (九) 健康與其他(如病歷、醫療、健康檢查、健康紀錄、診斷紀錄等)
- (十) 其他各類資訊(如無法歸類之信件、檔案及其他合於營業項目之特定目的所須蒐集個人各項資料等)

三、個人資料之來源(經本分公司間接取得之個人資料者適用)：

- (一) 要保人
- (二) 當事人之法定代理人、輔助人
- (三) 各醫療院所
- (四) 於本分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)公司及本公司海外分支機構、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人金融消費評議中心、財團法人保險安定基金、財團法人保險犯罪防制中心、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、依法有調查權機關或金融監理機關，及未受中央目的事業主管機關限制之國際傳輸個人資料之接收者。
- (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，台端就本分公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式：

- (一) 得向本分公司行使之權利：
 1. 向本分公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
 2. 向本分公司請求補充或更正。
 3. 向本分公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。
- (二) 行使權利之方式：
書面、電子郵件、傳真、電子文件。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響(經本分公司直接取得之個人資料者適用)：

台端若未能提供相關個人資料時，本分公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝辦理、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

七、本分公司有權修訂本告知義務通知書，並於修訂後以言詞、書面、電話、簡訊、電子郵件、傳真、電子文件、網站公告或其他足以使台端知悉或可得知悉之方式告知台端修訂要點。

註：本分公司已履行上開告知義務，並將告知書內容與相關業務申請書或保險契約相關申請文件合併列印提供予 台端。