



健 康 告 知 書

2023.10 版
※電話服務專線
02-66226258
0800-000662



保單號碼：_____ 要保人：_____ 填寫日期：____ 年 ____ 月 ____ 日

壹、被保險人基本資料

●關係欄請填被保險人與主被保險人的關係●同時從事不同工作者，請一併告知●年收入=工作年收入(薪資+紅利獎金)
●家庭(已婚者係指夫妻雙方；未成年、已成年未婚者則為其父母或法定代理人與本人)年收入=工作年收入+其他收入

姓 名	關係	性別	出生日期	身分證字號 / 統一編(證)號	身高(cm)	體重(kg)	職業(本職/兼職工作內容)	年收入(萬)
一								
二								

家庭年收入為 _____ 萬元；學生或未滿 15 足歲之被保險人其父親年收入為 _____ 萬元 / 母親年收入為 _____ 萬元(或法定代理人年收入為 _____ 萬元)

●各被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選)？如勾選是者，請提供影本。_____ 是 否

●各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影本。_____ 是 否

●被保險人是否參加全民健康保險(投保連結「全民健康保險重大傷病範圍」險種者請勾選)？_____ 是 否

●為確保您的權益，請務必親自詳實填寫下列「告知事項」，如有不實，本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。訂約時如被保險人已在疾病或妊娠情況中者，本公司對是項疾病或分娩，得依保險法第一百二十七條不負給付保險金之責。

貳、告知事項

●為確保您的權益，請務必親自詳實填寫下列「告知事項」，如有不實，本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。訂約時如被保險人已在疾病或妊娠情況中者，本公司對是項疾病或分娩，得依保險法第一百二十七條不負給付保險金之責。

投保險種類型	主約為 QE8 或 QKS	人壽保險	健康保險	連結「全民健康保險重大傷病範圍」險種	長期照顧保險	傷害保險	被保險人一 是否	被保險人二 是否
須回答項次	第 1~2 項	第 3~9 項	第 3~10 項	第 3~11 項	第 12 項	第 13~14 項		
一、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？							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
巴金森氏症、老年痴呆症、腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞、肝炎、肝硬化、肝功能異常(GOT、GPT 值檢驗值有異常情形者)。							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
二、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？							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心肌梗塞、狹心症、主動脈血管瘤、腦中風、腦瘤、腦動脈血管瘤、癌症、白血病、愛滋病或愛滋病帶原。							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
三、最近二個月內是否曾因受傷或生病而接受醫師治療、診療或用藥？							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
四、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"/>	<input type="checkbox"/>
①酒精或藥物濫用成癮、眩暈症、腦震盪②食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎③肝膿瘍、黃疸、肝或脾腫大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"/>	<input type="checkbox"/>
五、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？							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
六、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"/>
七、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？							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①高血壓症(指收縮壓超過 140mmHg 或舒張壓超過 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、動脈硬化症、多發性硬化症、心臟瓣膜型缺損、脫垂、閉鎖不全或狹窄②腦中風(腦出血、腦梗塞、腦栓塞、暫時性的腦缺血)、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、老年癡呆症、多發性硬化症③肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核、慢性阻塞性肺病④肝炎病毒帶原、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視網膜出血或剝離、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。							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
八、目前身體機能狀況是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、關節機能障礙、四肢(含手指、足趾)機能障礙(缺損、麻痺、變形)？							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
九、婦女欄：①過去一年內是否曾患乳腺炎、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"/>	<input type="checkbox"/>
②是否已確知懷孕？若是，已經幾週？							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十、過去一年內除上述疾病外，曾否被告知罹患下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①肺炎、肋膜炎、氣胸、心律不整、心雜音、冠狀動脈硬化、動靜脈炎、動靜脈畸形、靜脈曲張②胃炎、腸炎、脂肪肝、膽石症、膽囊炎、肝(脾)腫大、腹膜炎③肝膽及泌尿器官結石、腎結石、輸尿管結石、膀胱結石、腎臟腫、腎水腫、腎硬化症、尿道炎、血尿、蛋白尿、前列腺肥大④腦膜炎、神經麻痺、頭部外傷⑤關節炎、關節置換、脊髓炎、脊椎炎、椎間盤突出或滑脫、顏面神經麻痺、坐骨神經痛⑥中耳炎、內耳炎、梅尼爾氏症、鼻竇炎、鼻中膈彎曲⑦舌潰爛、皮膚潰爛、口腔白斑症⑧淋病、梅毒⑨淋巴腺炎或淋巴腫大、慢性扁桃腺炎⑩蠶豆症、川崎氏症、舞蹈症⑪前列腺炎、前列腺肥大、辜丸或副辜丸腫大、隱睾症、精索靜脈曲張、疝氣⑫卵巢腫、骨盆腔炎、陰道炎或子宮頸糜爛、子宮肌瘤、乳房纖維囊腫。							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十一、過去兩年內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥後仍因同一傷病而被要求做以下的檢驗或檢查？(亦可提供病歷或檢查報告)							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①六個月內有二次或二次以上的 X 光或超音波或血液檢查②細胞學或內視鏡或核磁共振或電腦斷層檢查或正子攝影檢查③肌電圖或神經傳導檢查。							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十二、投保長期照顧保險者請回答：							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①是否有第 1、3、4、7 項及第 2、5、6 項劃底線之情事？							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②過去一年內是否曾因患有肝炎病毒帶原、運動神經元疾病而接受醫師治療、診療或用藥？							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③過去五年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
阿茲海默氏病、退化性關節炎、骨質疏鬆症、失智症、退化性脊椎炎，伴有脊髓病變者、椎間盤疾患，伴有脊髓病變者、脊椎狹窄、外傷脊椎病變、脊椎腫瘤。							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十三、目前身體機能是否有下列障礙？							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 O 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、吞嚥或言語機能障礙？⑦四肢(含手指、足趾)缺損或畸形？							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
十四、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？							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①高血壓症(指收縮壓超過 140mmHg 或舒張壓超過 90mmHg 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"/>	<input type="checkbox"/>

上述詢問事項勾選「是」者，請詳細說明檢查原因、時間、地點、項目及結果或疾病名稱、發病時間、症狀、治療院所、治療方式、治療時間及結果。

被保險人姓名	疾病 / 意外名稱 / 部位	就 診 醫 院	是 否 住 院	是 否 手 術	就 診 大 約 期 间
			<input type="checkbox"/> 是，約 _____ 天	<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

現況補充說明：

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理及利用同意書：本人(被保險人、要保人)已詳細閱讀貴公司履行個人資料保護法告知義務內容(詳次頁)並同意，貴公司基於辦理人身保險業務之需要及符合相關法令規範範圍內，得依據個人資料保護法及保險法第 177 條之 1 暨其授權辦法等規定，蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料，以及將上開資料轉送與貴公司有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務。此致 全球人壽保險股份有限公司 ◊同意書人請簽署於下方欄位

◊本人(被保險人、要保人)已詳細閱讀並確實瞭解全球人壽保險股份有限公司揭露之「保險投保人須知」、「壽險業履行個人資料保護法告知義務內容」(詳次頁)等內容及保險單款樣本，並於下方簽章欄處由當事人本人依本契約最後所載之簽章樣式親自簽章，如有虛偽不符，簽章人應負法律上責任。

要保人簽章：	被保險人一簽章：	被保險人二簽章：	法定代表人簽名： (未滿 18 足歲需法定代理人簽名)	保險業務員核保報告書(加保)
經理/主管：	單位助理：	區域主任：	保險業務員/經紀人/代理人：	1.要保人/被保險人投保目的及保障需求： <input type="checkbox"/> 保障 <input type="checkbox"/> 其它：
			業務員登錄證號/執業證號：	2.保戶家庭年收入：_____ 萬元



※承辦單位註記：□簽章合

保險業務員簽名：_____

保險投保人須知

一、投保時，業務員會主動出示登錄證，並告知其授權範圍；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「要保人故意隱匿，或因過失遺漏，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。」
「前項解除契約權，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各項申請文件及體檢表內各項，以及保險公司指定醫師檢查健康狀況時之詢問事項，都需要實實在在詳詳細細的說明或填寫清楚，不能有過失遺漏、故意隱瞞或告知不實情事。(例如：被保險人過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？應據實告知)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)就健康保險，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。」，謹此提醒。

三、傳統型保險要保人繳費累積達有保單價值準備金或投資型保險繳費累積達有保單帳戶價值而終止契約時，保險公司於接到通知後，一個月內償付解約金。但部分險種並無解約金。

說明：(一)傳統型保險之解約金是要保人按時繳付保險費，在保險期間內終止契約，保險公司結算已繳付保險費扣除契約應分攤保險給付成本及各項費用後，經主管機關核定，應返還要保人的金額。投資型保險之解約金係以當時之保單帳戶價值扣除當時未還清之保險單借款本息及相關費用後之餘額。

(二)傳統型保險歷年的解約金標準，保險單上面都有記載，可以作為參考。

(三)保險契約的終止，自保險公司收到要保人書面通知開始生效。

※請詳各保險單條款。

四、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。

五、保險責任始期及續期保險費過期而未繳付，保險契約自動停止效力。

說明：(一)保險公司的保險責任，是自保險公司同意承保且要保人交付第一期保險費時開始，保險公司並應發給保險單作為承保的憑證。若在保險公司簽發保險單前已先行交付相當於第一期的保險費而發生應予給付的保險事故時，保險公司仍負保險責任。

(二)傳統型保險之第二期以後的分期保險費，年繳或半年繳者自催告到達翌日起、月繳或季繳者自保險單所載交付日期之翌日起有三十天的「寬限期」，投資型保險則為當保單帳戶價值扣除保險單借款本息後之餘額，不足以支付當期的相關費用時，保險公司應以書面催告要保人交付保險費，自催告到達翌日起有三十天的「寬限期」，如果超過寬限期仍不繳付保險費，保險契約即自動停止效力。

(三)傳統型保險若保險單條款有保險費墊繳約定者，要保人得於繳費寬限期終了前以書面聲明，當其繳付保險費累積達有保單價值準備金時，如果續期保險費超過寬限期仍未繳付，保險公司可將保險契約當時的保單價值準備金扣除保險單借款本息之餘額後，自動墊繳應繳保險費及利息使契約繼續有效，直到保單價值準備金之餘額不足墊繳一日的保險費時，保險契約的效力自寬限期終了翌日起停止。上述保險費的自動墊繳，要保人亦得於次一墊繳日前以書面通知保險公司停止自動墊繳。

(四)「停效」的保險契約，自停效日起二年内，要保人可以申請復效。停效日起六個月內申請復效，要保人繳付復效保險費後，保險契約自翌日零時起恢復效力；停效日起六個月後申請復效須經保險公司同意，且要保人繳付復效保險費後，保險契約自翌日零時起恢復效力。

(五)傳統型保險要保人未申請復效，於停效期間屆滿時，保險契約之效力即行終止，若累積達有保單價值準備金，而要保人未申請墊繳保險費或變更契約內容，保險公司應主動退還剩餘之保單價值準備金。

投資型保險於契約停止效力後如有保單帳戶價值，保險公司應主動退還停效日後之次一「評價日」計算之保單帳戶價值。

※請詳各保險單條款。

六、傳統型保險之繳費累積達有保單價值準備金或投資型保險繳費累積達有保單帳戶價值時，方可以申請保險單借款。

說明：(一)傳統型保險繳費累積達有保單價值準備金(可參考保險契約歷年解約金的開始年度)或投資型保險繳費累積達有保單帳戶價值時，要保人可以在保單價值準備金或保單帳戶價值範圍內，向保險公司申請保險單借款。

(二)不是投保後馬上就可申請借款，也不是可以借得已繳的全額保險費。

※請詳各保險單條款。

七、投保時，各項申請文件應親自填寫及簽章，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。為知道你投保的內容，及維護你的權益，如業務員及保險公司未主動提供時，請務必要求其提供。

八、契約撤銷權：

要保人於保險單送達的翌日起算十日內，得以書面檢同保險單向保險公司撤銷保險契約。

前述撤銷之效力自要保人書面之意思表示到達翌日零時起生效，保險契約自始無效，保險公司並應無息退還要保人所繳保險費；契約撤銷生效後所發生的保險事故，保險公司不負保險責任。但契約撤銷生效前，若發生保險事故者，視為未撤銷，保險公司仍應負保險責任。

九、被保險人為未滿十五歲之未成年人，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)訂立本契約時，以未滿十五歲之未成年人為被保險人，其身故保險金之給付於被保險人滿十五歲之日起發生效力；被保險人滿十五歲前死亡者，本公司應退還所繳保險費或返還投資型保險之保單帳戶價值。

(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)前述內容在保單條款都有詳細規定，可以參閱。

十、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。

十一、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

全球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(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：

一、蒐集之目的：(一)人身保險。(二)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)識別類：1.辨識個人者：如姓名、職稱、住址、電話、電子郵件地址及其他任何可辨識資料本人者等。2.辨識財務者：如金融機構帳戶之號碼與姓名、信用卡或簽帳卡之號碼等。3.政府資料中之辨識者：如身分證統一編號、統一證號、殘障手冊號碼、證照號碼、護照號碼等。(二)特徵類：1.個人描述：如年齡、性別、出生年月日等。2.身體描述：如身高、體重等。3.習慣：如抽煙、喝酒等。(三)家庭情形：如結婚有無、家庭成員之細節等。(四)社會情況：如所有或具有其他權利之動產或不動產之價值等。(五)財務細節：如收入、所得、資產與投資、負債與支出、外匯交易紀錄、票據信用、保險細節等。(六)健康與其他：如醫療報告、治療與診斷紀錄、檢驗結果、身心障礙手冊證明資料等。(七)其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容。

三、個人資料之來源(個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用)：(一)要保人。(二)當事人之法定代理人、輔助人。(三)各醫療院所。(四)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、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、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。(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：以書面方式行使上述權利(查詢台端個人資料可另以本公司服務電話及網際網路方式)。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響(個人資料由當事人直接蒐集之情形適用)：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。