

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、肺膿瘍、肺栓塞
- (5)乳漏症、陰道異常出血(女性被保險人回答)
- (6)十二指腸潰瘍或出血、氣喘、痛風、高血脂症、青光眼、白內障、(以下請由女性被保險人回答)乳腺炎、子宮內膜異位症

5.女性被保險人回答：是否已確知懷孕？如是，已經幾週？

6.過去五年內是否曾因受傷或生病*住院治療七日以上？

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。

8.被保險人年齡為兩足歲以下者，請回答：出生時之體重是否低於 2500 公克或妊娠週數少於 37 週？

若是，出生之體重_____公克，妊娠週數_____週

投保長期照顧險者，請依被保險人身分別於下列「告知事項」欄位親自回答第 9~11 項是否有告知為「是」之情事？

被保險人身分別	本人						
告知事項	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"/>

9.請問是否有上述第 1~7 項告知為"是"者？

10.過去一年內是否曾因患有運動神經元疾病而接受醫師治療、診療或用藥？

11.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？

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

投保重大疾病險者，請依被保險人身分別於下列「告知事項」欄位親自回答第 12~14 項是否有告知為「是」之情事？

被保險人身分別	本人						
告知事項	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"/>

12.請問是否有上述第 1~8 項告知為"是"者？

13.現在及過去一年內是否曾患有下列疾病？

咳血、便血、血尿、良性腫瘤、腸胃道息肉

14.現在及過去一年內是否因口腔潰瘍持續兩週未癒、口腔白斑、口腔腫塊而接受醫師診察、治療或用藥？

投保健康險者，請依被保險人身分別於下列「告知事項」欄位親自回答第 15~17 項是否有告知為「是」之情事？

被保險人身分別	本人						
告知事項	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"/>

15.請問是否有上述第 1~8 項及第 14 項告知為"是"者？

16.最近三個月內是否曾因患有良性腫瘤、腸胃道息肉，而接受醫師治療、診療或用藥？

17.現在及過去一年內是否曾患有下列疾病？

- (1)腦炎、腦膜炎、水腦症
- (2)複視、角膜疾病、葡萄膜炎、飛蚊症、中耳炎、乳突炎、鼻竇炎、鼻中隔彎曲
- (3)咳血、肺炎、支氣管炎
- (4)便血、胃炎、痔瘡、腸阻塞、腹膜炎、疝氣
- (5)血尿、蛋白尿、輸尿管結石、膀胱結石、腎盂炎、尿道炎、膀胱炎、骨盆腔炎、攝護腺肥大/發炎、子宮脫垂、梅毒
- (6)脫臼、骨折、關節炎、骨髓炎、股骨頭壞死、椎間盤突出、坐骨神經痛、運動神經元疾病、硬皮症、靜脈曲張
- (7)酒精中毒、精神官能症、人工裝置物、蠶豆症

投保傷害險者，請依被保險人身分別於下列「告知事項」欄位親自回答第 18 項是否有告知為「是」之情事？

被保險人身分別	本人						
告知事項	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"/>

18.目前身體機能是否有下列障害：

- (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。



GB122

投保南山人壽傷害團體保險附約(GAI)者，請依被保險人身分別於下列「告知事項」欄位親自回答，除回答第18項外，請繼續回答第19項是否有告知為「是」之情事？

被保險人身分別	本人						
告知事項	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"/>

19.*過去二年內是否曾患有壽險部份第3(1)~(9)項及第4(1)項劃底線字體之疾病，而接受醫師治療、診療或用藥？

投保防癌險者，請依被保險人身分別於下列「告知事項」欄位親自回答第1、2項、第3(1)~(10)項、第4(1)~(5)項及第5、6、7、14、16、17項是否有告知為「是」之情事？

被保險人身分別	本人						
告知事項	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"/>

綜合上述每一項問題中，如有告知為「是」，請註明被保險人姓名、問題號碼、詳述原因或疾病名稱、症狀、大約治療時間、地點及結果。健康檢查之原因、大約時間、地點、項目及結果。

上述告知事項中，倘有勾選「是」者，請於此進一步填寫相關詢問事項。

被保險人注意事項：「被保險人告知事項」應由被保險人親自填寫並誠實告知，如有違反告知義務之情事，足以影響本公司對於危險的估計者，本公司得依保險法第六十四條之規定，解除被保險人資格，其保險事故發生後亦同。

要保人與被保險人向南山人壽保險公司聲明同意下列事項：

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南山人壽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南山人壽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，而南山人壽仍承保者，南山人壽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南山人壽者，同意南山人壽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南山人壽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南山人壽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，而南山人壽仍承保者，南山人壽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南山人壽者，同意南山人壽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，但南山人壽應以「日額」方式給付。

◎本人（被保險人）於填寫本加保約定書時，已審閱 貴公司所提供之「團體保險履行個人資料保護法告知義務內容」。

※針對以上填寫內容，本人（被保險人）已充分了解並確認內容正確後親自簽名。

【本加保約定書如有塗改，請於塗改處簽名】

被保險人同意暨簽名	林男生	吳女生	林兒			
-----------	-----	-----	----	--	--	--

請注意：(每個簽名欄位都要個別簽署喔!!)
未滿七足歲者或無行為能力人需由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名。

請務必填上申請日期。

法定代理人簽名：林男生
（未滿七足歲者或其他無行為能力人，由法定代理人代為簽名及法定代理人簽名；民法規定之七歲(含)以上未成年人或其他限制行為能力人，由本人及法定代理人簽名。）

申請日期：_____年_____月_____日

◆本商品經本公司合格簽單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，應由本公司

※以上填寫之處若有塗改，請該被保險人務必於塗改處旁簽名。謝謝！

◆保險契約... 歡迎至本公司... 洽詢索取。總公司：台北市信義區莊敬路168號。

本欄僅供核保人員使用	南山人壽使用欄
核保人員：_____	<input type="checkbox"/> 標準體承保 <input type="checkbox"/> 加費件(次標準體)
日期：_____	<input type="checkbox"/> 拒保 <input type="checkbox"/> 延期 <input type="checkbox"/> 退件

