



健康告知暨聲明書

【Confidential】

保單號碼：_____ 申請項目：增加保額補充告知其他

要保人：_____ 聯絡電話：_____

被保險人：_____ 被保險人身分證字號：_____

1.工作內容	職 稱	
公司名稱	兼 業	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是,說明:
2.身 高	公分	體 重 公斤
3.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?(亦可提供該檢查報告以供參考)		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
4.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"/>
5.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"/>
6.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 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?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(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、巴金森氏症、精神病?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(3)肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(4)肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GOT、GPT 值超過 40 以上)?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(5)腎臟炎、腎病候群、腎機能不全、尿毒、腎囊腫?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(6)視網膜剝離或出血、視神經病變?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(7)癌症(惡性腫瘤)?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(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?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(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?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(10)紅斑性狼瘡、膠原症?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(11)愛滋病或愛滋病帶原?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.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?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(2)食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(3)肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(4)慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(5)痛風、高血脂?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(6)青光眼、白內?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(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)?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.目前身體機能狀況是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障礙(缺肢、麻痺或變形)?.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.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"/>

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	是否痊癒	有無後遺症
		<input type="checkbox"/> 是____天 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> 是____天 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

個人資料保護法告知義務

謹請受告知人確認已收到、詳閱且瞭解法商法國巴黎產險履行個人資料保護法告知義務通知書(如相關業務申請書合併列印所示)。如果對於前述告知通知書之內容有任何疑問時，請查閱並參酌法商法國巴黎產險公告之個人資料告知事項(公司網址:<https://nonlife.cardif.com.tw>)或致電免費服務專線 0800-266-288。

■要保人與被保險人聲明事項

一.同意本健康告知暨聲明書構成所申請之復效或變更之契約文件之一部份。

二.同意法商法國巴黎產物保險股份有限公司因業務需要，可逕向被保險人所診病之醫院、診所或醫護人員，查詢診療記錄並索取診斷證明或病歷資料。

要保人親簽：_____ 被保險人親簽：_____

法定代理人親簽：_____ 填表日期：_____

(要保人或被保險人成年者，請法定代理人簽名) (為維護您的權益，請勿於空白的申請書上簽名)

◎填妥後，請傳真或郵寄回本分公司，並於傳真或郵寄五日後來電確認是否收到您的文件，以維護您的權益!



* P S 1 0 4 0 1 *



法商法國巴黎產險履行個人資料保護法告知義務通知書（新契約暨保全專用）

法商法國巴黎產物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」，包括財產保險(〇九三)、人身保險(〇〇一)、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(〇五九)、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(〇六三)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)、遵循美國外國帳戶稅收遵從法(FATCA)及金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)。

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、稅籍編號等)
- (二) 特徵類(如年齡、性別、出生年月日、國籍/稅務居民身分等)
- (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、工作描述等)
- (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、股東個人與法人客戶間的投資關係等)
- (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、其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容等)

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、受益人
- (二) 當事人之法定代理人、輔助人
- (三) 各醫療院所
- (四) 司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構
- (五) 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、中華民國產物保險商業同業公會、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、財團法人住宅地震保險基金、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、財金資訊股份有限公司、關貿網路股份有限公司、衛生福利部中央健康保險署、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、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、依國內外法令規定處理利用之機構、依國內外法令之有權機關、金融監理機關或稅務機關(含美國聯邦政府財政部及美國國稅局)、國內主管機關及主管機關將資料轉交至 台端所屬稅務居民國之稅務機關、其他 台端所同意之對象。
- (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。