

※要保人可透過本公司免費服務電話(0800-010850)、網站(http://www.south-china.com.tw)或總公司、分公司及通訊處查閱公開資訊文件。
 ※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。
 ※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。
 ※本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。 ※本商品受保險安定基金之保障。 99.05.28(99)華企商字第183號函備查
 104.08.04 依金融監督管理委員會 104.06.24 金管保壽字第 10402049830 號函修正

華南產物個人傷害保險(標準型)要保書

保單號碼：14 . 號 續保號碼：14 號 保險期間：自民國 年 月 日零時起一年整(保險期間由本公司填寫)

要保人	姓名	法人代表人		身分證字號 (統一編號)		
	戶籍地址	□□□		出生日期		
	聯絡地址	□同上 □□□				
	電話	(住家)	(公司)	(手機)	與被保險人關係	
被保險人	姓名	身分證字號		出生日期		
	服務單位	營業性質		婚 姻 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚		
	工作內容	職業代碼		職業類別	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	戶籍地址	□同要保人 □□□				
	聯絡地址	□同上 □□□				
	電話	(住家)	(公司)	(手機)		
	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)。 (一) 實支實付型傷害醫療保險： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否 (二) 實支實付型醫療保險： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否 被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選)? <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否 如勾選是者，請提供。					
受益人	各項保險金之受益人為被保險人本人，本契約不受理另行指定或變更。					
繳費方式	<input type="checkbox"/> 信用卡(請填寫信用卡付款授權書) <input type="checkbox"/> 現金					
承保範圍		保 險 金 額				
華南產物個人傷害保險(標準型)		100萬				
附加條款	傷害醫療給付附加條款	<input checked="" type="checkbox"/>	實支實付傷害醫療保險金	1萬		
	傷害醫療給付附加條款 (日額內型)	<input checked="" type="checkbox"/>	傷害醫療住院日額保險金	1,000元		
		<input checked="" type="checkbox"/>	加護病房日額保險金	1,000元		
		<input checked="" type="checkbox"/>	燒燙傷病房日額保險金	1,000元		
恐怖主義行為限額給付附加條款		理賠上限最高新台幣貳佰萬元				
*投保時未滿15足歲者，本保險給付項目不含身故保險金		年繳保險費(新台幣/元)： \$505 元				
自動續約附加條款同意書	要保人投保華南產物個人傷害保險(標準型)，加保華南產物自動續約附加條款，若符合該附加條款之約定，於保險期間屆滿後，上述所列要保人投保之保障項目得繼續有效。 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 (若未勾選視為不同意)					
【要(被)保險人告知事項】 ：本人於訂立本契約時，對於貴公司要保書面詢問的告知事項均已據實說明，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實的說明，足以變更或減少貴公司對於危險的估計者，貴公司得解除契約；其保險事故發生後亦同。但危險的發生未基於其說明或未說明的事實時，不在此限。 (一)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？ 1.高血壓(指收縮壓140mmHG，舒張壓90 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)、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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，如是，請說明： (二)被保險人目前身體機能是否有下列障害?(請勾選)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0.三以下。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。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，如是，請說明：						
【要(被)保險人聲明事項】 ：(一)本人(被保險人)同意華南保險得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。(二)本人(被保險人、要保人)同意華南保險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。(三)本人(被保險人、要保人)同意華南保險就本人之個人資料，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。(四)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華南保險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華南保險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，而華南保險仍承保者，華南保險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華南保險者，同意華南保險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。						
【※本人於填寫要保書時，已審閱華南保險所提供之「保險單條款」及「投保須知」。		此致 華南產物保險股份有限公司				
要保人簽名：	被保險人簽名：	法定代理人簽名：	簽章日期： 年 月 日			
(被保險人未滿7足歲者，由法定代理人代為簽名；7足歲(含)以上者，請由本人親自簽名)		(要/被保險人未滿20足歲者需由法定代理人簽名)				
專案名稱/代號	保源代號	通路欄位		華南保險欄位		
親親寶貝	實駐代號	推介人(姓名/業務員證號)	保經代簽署人簽章	業務員 經手人		
主管：	再保：	核保：	助理：	校對：	輸入：	通路聯絡人：