

※要保人可透過本公司免費服務電話(0800-010850)、網站(https://www.south-china.com.tw)或總、分公司及其他分支機構查閱公開資訊文件。
 ※本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合保險精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險業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。
 ※詳細承保內容以保險條款為準。 ※本商品受保險安定基金之保障。

華南產物雇主意外責任保險要保書

行業別代號：

113.09.27(113)華產企字第 251 號函備查

保險單號碼	14 字第	號本單 係 14 字第	號保單續保	保單份數 正本： 副本：		
				收據份數 正本： 副本：		
要保人		出生年月日	統一編號 /身分證字號			
通訊處所地址		代表人	電話號碼			
被保險人		出生年月日	統一編號 /身分證字號			
通訊處所地址		代表人	電話號碼			
要保人與被保險人之關係	<input type="checkbox"/> 同一人 <input type="checkbox"/> 其他_____					
投保險種類別 (擇一投保)	<input type="checkbox"/> 一般類，承保受僱人數(人)		定 作 人			
	<input type="checkbox"/> 專案類，專案契約金額(元)					
被保險人經營業務種類或承保工作				危險分類 細項代號		
被保險人經營業務處所或勞動場所				危險單位代號		
受僱人投保狀況	<input type="checkbox"/> 全部參加勞工保險 <input type="checkbox"/> 部份參加勞工保險 <input type="checkbox"/> 均無參加勞工保險					
保險期間	自民國 年 月 日 時起至民國 年 月 日 時止					
保險金額	每一個人體傷責任		每一事故 自負額			
	每一意外事故體傷責任					
	本保險契約之最高賠償金額					
附加條款						
總保險費						
說明事項	被保險人截至 年 月 日止，是否有已知或被通知之賠償請求？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
其他約定事項						
詢問及注意事項	1. 同一營業處所或專案是否已投保雇主意外或其他責任保險？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是，請詳述其保險種類、保險單號碼、保險金額與保險期間： 2. 同一營業處所或專案於過去五年是否有損失紀錄（不論有否投保） <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是，請說明其損失金額、次數及原因： 3. 保險內容如有變動，應通知保險公司並辦理批改。遇有事故發生時，應立即通知保險公司並盡力避免損失之擴大。					
聲明事項	1. 本要保書所填各項，均屬詳實無訛，絕無隱匿或偽報情事，足為與華南保險訂立保險契約之基礎，要保人並願接受該保險契約各項條款及規定之約束。 2. 本人已審閱並瞭解華南保險所提供之「投保須知」，另依「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，本人已瞭解華南保險蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。 3. 本人知悉華南保險得依「個人資料保護法」之相關規定，於特定目的範圍內對要保人或被保險人之個人資料，有蒐集、處理及利用之權利。 此致 華南產物保險股份有限公司 要保人簽章：_____ 年 月 日 本人(要保人)已審閱貴公司所提供之保險單條款。 要保人簽章：_____ 法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____					
是否為主出單公司	本公司共保比例(%)	本公司共保保費(新台幣元)	合約	自留	臨分	其他
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否						
專案名稱/代號	保源代號	通 路	欄 位	華 南 保 險 欄 位		
		實 駐 代 號	招 攬 人 員 簽 名 / 登 錄 證 字 號	保 經 、 代 公 司 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：