

※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。 94.11.10(94)華企字第 055 號函備查 109.08.28 依金融監督管理委員會 109.07.08 金管保壽字第 1090423012 號函修正

華南產物團體傷害保險(標準型)要保書

保單號碼	14 字第	號	本單係 14 字第	號	保單份數	正本	份，副本	份
要保人(要保單位)				法人代表人			統一編號	
住所(通訊處)				聯絡電話			營業性質	
保險期間	自民國 年 月 日零時起至民國 年 月 日零時止，共 個月							
被保險人	詳被保險人名冊			要保人與被保險人關係				
投保項目及保險金額 <input type="checkbox"/> 詳保險計劃書 單位：新臺幣								
主保險契約	團體傷害保險(標準型)							
附加條款	<input type="checkbox"/> 傷害醫療保險給付附加條款(實支實付型) _____ 萬元			<input type="checkbox"/> 特定事故附加條款				
	<input type="checkbox"/> 傷害醫療保險給付附加條款(日額型) _____ 元			<input type="checkbox"/> 大眾運輸交通工具 _____ 萬元				
	<input type="checkbox"/> 傷害醫療保險給付附加條款(擇一給付甲型) 實支實付保險金 _____ 萬元 住院日額保險金 _____ 元			<input type="checkbox"/> 火災 _____ 萬元				
	<input type="checkbox"/> 傷害醫療保險給付附加條款(擇一給付乙型) 實支實付保險金 _____ 萬元 住院日額保險金 _____ 元 加護病房保險金 _____ 元 燒燙傷病房保險金 _____ 元			<input type="checkbox"/> 地震雷擊 _____ 萬元				
	<input type="checkbox"/> 傷害醫療保險給付附加條款(日額丙型) <input checked="" type="checkbox"/> 傷害醫療住院日額保險金 _____ 元 <input type="checkbox"/> 加護病房日額保險金 _____ 元 <input type="checkbox"/> 燒燙傷病房日額保險金 _____ 元 <input type="checkbox"/> 出院慰問金 _____ 元			<input type="checkbox"/> 搭乘電梯 _____ 萬元				
	<input type="checkbox"/> 門診定額醫療給付附加條款 _____ 元			<input type="checkbox"/> 車輛交通事故給付附加條款 _____ 萬元				
	<input type="checkbox"/> 救護車運送保險金附加條款 2000 元			<input type="checkbox"/> 與配偶同一事故身故附加條款 _____ 萬元				
	<input type="checkbox"/> 加護病房附加條款 _____ 元			<input type="checkbox"/> 假日保障附加條款 _____ 萬元				
	<input type="checkbox"/> 意外門診手術醫療保險金附加條款 _____ 元			<input type="checkbox"/> 執行職務特定期間給付附加條款 _____ 萬元				
	<input type="checkbox"/> 食物中毒慰問保險金附加條款 _____ 元			<input type="checkbox"/> 重大燒燙傷給付附加條款 <input type="checkbox"/> 定額保險金 <input type="checkbox"/> 比例保險金				
	<input type="checkbox"/> 加護病房附加條款(甲型) _____ 元			<input type="checkbox"/> 失能多倍給付附加條款 _____ 倍				
	<input type="checkbox"/> 限定非執行職務期間附加條款			<input type="checkbox"/> 身故完全失能保險金附加條款 _____ 萬元				
	<input checked="" type="checkbox"/> 傷害保險恐怖主義行為為限額給付附加條款 (理賠上限最高新台幣貳佰萬元)			<input type="checkbox"/> 住院慰問保險金附加條款 _____ 元				
	<input type="checkbox"/> 傷害醫療保險給付附加條款(丁型) <input type="checkbox"/> 三擇一 <input type="checkbox"/> 三擇二 實支實付傷害醫療保險金 _____ 萬元 住院日額傷害醫療保險金 _____ 元 門診定額傷害醫療保險金 _____ 元			<input type="checkbox"/> 傷害醫療保險給付附加條款(實支實付甲型) _____ 萬元				
				<input type="checkbox"/> 看護費用給付附加條款 _____ 元				
			<input checked="" type="checkbox"/> 特定事故暨特定期間保險金最高給付限額附加條款					
* 投保時未滿 15 足歲者，本保險給付項目不含身故保險金或喪葬費用保險金								
總保險費	新台幣 _____ 元			要保單位負擔比例	%			
受益人	(1)身故(或喪葬費用)保險金：詳被保險人名冊，但以被保險人之家屬或法定繼承人為限【身故(或喪葬費用)保險金若未指定，則以法定繼承人順序定之】。(2)失能或醫療保險金：被保險人本人。 ※身故保險金受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。							
其他約定事項	【(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(要保單位) / 負責人簽章： 								
要保日期： 年 月 日 								

專案名稱 / 代號	保源代號	通路欄位			華南保險欄位	
		實駐代號	業務員親簽 / 業務員登錄證字號	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：

華南產物團體傷害保險被保險人名冊

保單號碼： _____

要保人(要保單位)： _____

基本資料					投保項目															保險費	加保人配簽欄 附被險(偶名)																		
被保險人姓名(簽名)	身分證字號	工作內容	受益人姓名	受益人地址	是否已投其商業實業支實付傷害醫療保險	主約	附加條款																																
							性 別	出生日期	住所	受益人關係	受益人電話	團體傷害保險	傷害醫療保險					特定事故					車輛交通事故	與配偶同一事故身故	假日保障	執行職務特定期間	高給付限額	特定事故暨特定期間最高給付限額	重大燒燙傷	失能多倍	身故完全失能保險金	住院慰問保險金	門診定額醫療	救護車運送保險金	加護病房保險金	意外門診手術醫療保險金	食物中毒慰問保險金	加護病房保險金(甲型)	限定非執行職務期間
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					是 <input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					否 <input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					是 <input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					否 <input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					是 <input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					否 <input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					是 <input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					否 <input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					是 <input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					否 <input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					是 <input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					否 <input type="checkbox"/>																																		

保險費合計 (新台幣 / 元)

要保人(要保單位) / 負責人簽章：

要保日期： 年 月 日

※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。

華南產物團體傷害保險
被保險人投保申請書暨健康告知聲明書

94.11.10(94)華企字第 055 號函備查
 109.08.28 依金融監督管理委員會 109.07.08
 金管保壽字第 1090423012 號函修正

壹、基本資料

保單號碼：_____ 要保人(要保單位)：_____

被保險人通訊地址：_____ 服務單位：_____

加保日期： 年 月 日

投保內容：

投 保 內 容 依 要 保 單 位 需 求 由 系 統 列 印

稱謂	被保險人姓名	身分證字號	出生日期	性別	工作內容/職業代碼	受益人姓名/關係 (若未指定則以法定繼承人順序定之)				投保方案	保險費
						姓名	關係	聯絡電話	地址		
(1)員工				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	/						
(2)				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	/						
(3)				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	/						
(4)				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	/						
*投保時未滿 15 足歲者，本保險給付項目不含身故保險金或喪葬費用保險金						保險費合計(新台幣/元)					

貳、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。

	被保險人			
	(1)	(2)	(3)	(4)
(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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(二) 被保險人目前身體機能是否有下列障者?(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 0.3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、吞嚥或言語機能障者。7.四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。	<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

以上勾是者，請說明：_____

被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)? 是, 否 如勾選是者，請提供相關證明文件。

參、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之本人資料轉送產、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

被保險人簽名：(1) _____ (2) _____ (3) _____ (4) _____
 法定代理人簽名：_____ (被保險人未滿 20 歲者需由法定代理人簽名) 要保人(要保單位) / 負責人簽章：_____

專案名稱 / 代號	保源代號	通路欄位			華南保險欄位	
		實駐代號	業務員親簽 / 業務員登錄證字號	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：_____

產險業履行個人資料保護法告知義務內容

華南產物保險公司(以下稱本公司)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)財產保險(〇九三)
- (二)人身保險(〇〇一)
- (三)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)

二、蒐集之個人資料類別:

包括但不限於姓名、身分證字號、出生年月日、住址、聯絡方式、婚姻、職業、財務情形、病歷、醫療、健康檢查、其他得以直接或間接方式識別該個人之資料,詳如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/被保險人。
- (二)司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構。
- (三)當事人之法定代理人、輔助人。
- (四)各醫療院所。
- (五)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、財團法人保險安定基金、財團法人住宅地震保險基金、財團法人汽車交通事故特別補償基金、財團法人金融消費評議中心、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、財金資訊公司、關貿網路股份有限公司、中央健康保險局、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:以書面或其他日後可供證明之方式。

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。

【註】上開告知義務內容已公告於本公司官網(<http://www.south-china.com.tw/>),如有任何問題 歡迎本公司0800-010850 免付費專線。