

※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。

華南產物旅行綜合保險要保書

112.01.18(112)華產企字第 028 號函備查
 112.05.30(112)華產企字第 120 號函備查

要保號碼：

保單號碼		電子保單	<input type="checkbox"/> 同意使用電子保單，且不寄送紙本保單。		電子信箱			
要保人	姓名 (單位名稱)	法人代表人		身分證字號 (統一編號)	護照號碼：			
	聯絡地址			出生日期	英文姓名：			
	電話 (住家) (公司) (手機)			性別	與被保險人關係			
保險期間	民國 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 時起，共計 ____ 日 (1天以24小時計，未指定時點者，以契約始期當日零時生效)							
旅遊地點	交通工具	<input type="checkbox"/> 飛機 <input type="checkbox"/> 輪船 <input type="checkbox"/> 汽車 <input type="checkbox"/> 其他 _____		被保險人人數	共 ____ 人			
承保範圍及保險金額					單位：新台幣/元			
旅行綜合保險	個人責任保險：100,000元/限額		食物中毒慰問保險：2,000元		附加旅行平安保險			
	家屬看護費用保險：100,000元/限額(限海外旅遊投保)				附 加 條 款 傷害醫療保險給付附加條款：150萬/限額 海外急難救助附加條款： 一、親友前往探視或處理後事費用：15萬元/限額 二、未成年子女返國費用：6萬元/限額 三、醫療轉送費用：150萬元/限額 四、遺體運送費用：20萬元/限額 五、喪葬費用：10萬元/限額 *海外緊急救援服務電話：(886)2 6619 9236 恐怖主義行為限額給付附加條款：理賠上限最高新台幣貳百萬元			
	劫機事故保險：5,000元/日(限海外旅遊投保)							
	個人海外旅行不便保險(限海外旅遊投保)							
	一、旅程取消保險：30,000元/限額							
二、班機延誤保險：3,000元/每4小時，6,000元/限額								
三、旅程更改保險：20,000元/限額								
四、行李延誤保險：2,000元								
五、行李損失保險：5,000元								
六、旅行文件損失保險：5,000元								
海外突發疾病醫療健康保險附約(甲型)(歐洲地區醫療保險金限額調整係數：150%)								
住院醫療保險金：100萬/限額								
門診醫療保險金：住院醫療保險金限額之0.5%/日								
急診醫療保險金：住院醫療保險金限額之1%/次								
投保限額					單位：新台幣/元			
附加旅行平安保險	未滿15歲以下	15歲-未滿20歲	20歲-未滿65歲	65歲-未滿70歲	70歲-未滿80歲			
	20萬、40萬、60萬	300~500萬	300~1500萬	300~1000萬	300萬			
被保險人名冊								
被保險人姓名暨簽名	身分證字號	出生日期	性別	護照資料 護照號碼 英文姓名	手機號碼	旅行平安保險 保險金額	身故受益人/關係 (未指定則以法定繼承人定之)	保險費
<input type="checkbox"/> 同要保人						萬元	/	
					<input type="checkbox"/> 同要保人	萬元	/	
					<input type="checkbox"/> 同要保人	萬元	/	
					<input type="checkbox"/> 同要保人	萬元	/	
					<input type="checkbox"/> 同要保人	萬元	/	
被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)? <input type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否 如勾選是者, 請提供相關證明文件。					總保險費	新台幣 _____ 元		
* 倘要 / 被保險人未成年者需有法定代理人簽名：								
受益人聯絡地址			受益人電話			身故保險金受益人如係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。		
<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保險人			<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保險人					
被保險人是否已購買或準備購買其他保險公司之醫療 / 傷害 / 旅行平安保險? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 請於右列詳述:	被保險人姓名	保險公司	身故及失能保額	實支實付保額	日額保額			
<p>【要(被)保險人聲明事項】: (一) 本人(被保險人、要保人)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。(二) 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。(三) 本人(被保險人、要保人)同意華南保險將本要保書上載本人資料轉送產、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。(四) 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。(五) 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, 申請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。</p> <p>【※本人(要保人、被保險人)知悉保險商品之「保險單條款」及「投保須知」均得於填寫要保書前至華南產險官網查詢; 於填寫要保書時, 已於簽署前詳細審閱上開文件, 且充分理解其內容, 並同意遵守之, 特於下方欄位簽名。】</p>								
此致 華南產物保險股份有限公司			要保人簽名:			簽章日期: 年 月 日		
專案名稱 / 代號	保源代號	通路欄位			華南保險欄位			
申根專案		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、財務情況、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 歡迎洽詢本公司0800-010850免付費專線。

客戶資料使用聲明

本人除姓名、地址以外之其他資料

同意 不同意 提供予貴公司與華南金融控股股份有限公司旗下子公司(註1),因進行行銷業務而為建檔、揭露、轉介、交互運用,嗣後本人得利用書面、電話通知或親洽貴公司之方式辦理前述資料之停止或變更修改相互使用事宜。

停止本人之個人基本資料暨帳務、信用、投資及保險等資料作為行銷業務共同使用。

此 致

華南產物保險股份有限公司

立聲明書人:

(簽名或蓋章)

中華民國 年 月 日

註1:華南金融控股股份有限公司目前所屬之子公司,包括華南商業銀行股份有限公司、華南永昌綜合證券股份有限公司、華南產物保險股份有限公司、華南永昌證券投資信託股份有限公司、華南期貨股份有限公司、華南金資產管理股份有限公司、華南金創業投資股份有限公司等,將來若有新增或異動者,將於華南金融控股股份有限公司及旗下子公司網站揭露公告之。

保險費 信用卡授權書

- 1.持卡人同意以信用卡支付上開保險費予華南產物保險股份有限公司,並保證下列信用卡資料均為詳實無訛。
- 2.本項交易若未獲得發卡銀行核准,則本保險費簽帳單自動失效,本公司得重新收費,否則保險契約不生效力。

*個人資料之蒐集、處理及利用告知事項:本公司蒐集您的個人資料目的係為辦理信用卡扣款繳交保險費及相關保險服務,蒐集之資料會在目的存續及法令要求之期間內,僅以電子檔案或紙本形式於我國境內供本公司及扣款金融機構蒐集、處理及利用。依個人資料保護法規定,持卡人得行使查詢、閱覽、複製、補充更正、停止及刪除之權利。若您選擇不提供個人資料或是提供不完全時,本公司將可能無法扣款及提供您完善的保險服務。

信用卡卡別: VISA MASTER JCB 聯合信用卡 發卡銀行: _____

卡號: □□□□ - □□□□ - □□□□ - □□□□

信用卡有效期限:至西元 _____ 年 _____ 月底止

持卡人與(要)被保險人關係【提醒非要保人/被保險人/受益人者,請檢附關係證明文件影本(註一)】

要保人 被保險人 受益人 配偶 子女 父母 兄弟姊妹 (外)祖父母 (外)孫子女 負責人 企業員工

簽帳金額:新臺幣 _____ 元整 持卡人中文姓名: _____ 持卡人身分證字號: _____

持卡人簽名(請與信用卡上簽名相同): _____

要保人簽名(同要保書簽名): _____ 日期:民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

註一:依據金融監督管理委員會 109 年 8 月 14 日金管保壽字第 1090425855 號函規定辦理(身分驗證機制)。

華南產物旅行綜合保險被保險人名冊

基本資料										保險金額	保險費	
被保險人姓名暨簽名	身分證字號	性別	護照資料	護照號碼	戶籍地址		手機號碼	受益人姓名	受益人電話	法定代理人姓名暨簽名		是否已購買或準備購買其他保險公司之醫療 / 傷害 / 旅行平安保險
	出生日期			英文姓名	聯絡地址	婚姻	受益人與被保險人關係		受益人地址			
					<input type="checkbox"/> 同要保人		<input type="checkbox"/> 同要保人				<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是， 保額_____萬元	萬元
					<input type="checkbox"/> 同要保人		<input type="checkbox"/> 同要保人				<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是， 保額_____萬元	萬元
					<input type="checkbox"/> 同要保人		<input type="checkbox"/> 同要保人				<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是， 保額_____萬元	萬元
					<input type="checkbox"/> 同要保人		<input type="checkbox"/> 同要保人				<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是， 保額_____萬元	萬元
					<input type="checkbox"/> 同要保人		<input type="checkbox"/> 同要保人				<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是， 保額_____萬元	萬元
					<input type="checkbox"/> 同要保人		<input type="checkbox"/> 同要保人				<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是， 保額_____萬元	萬元
					<input type="checkbox"/> 同要保人		<input type="checkbox"/> 同要保人				<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是， 保額_____萬元	萬元
					<input type="checkbox"/> 同要保人		<input type="checkbox"/> 同要保人				<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是， 保額_____萬元	萬元
					<input type="checkbox"/> 同要保人		<input type="checkbox"/> 同要保人				<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是， 保額_____萬元	萬元
					<input type="checkbox"/> 同要保人		<input type="checkbox"/> 同要保人				<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是， 保額_____萬元	萬元
					<input type="checkbox"/> 同要保人		<input type="checkbox"/> 同要保人				<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是， 保額_____萬元	萬元
											保險費合計 (新台幣/元)	