

※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。
※本公司經本公司合格簽署人員檢視之內容應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。
本公司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。

華南產物健康保險要保書

108.12.27(108)華產企字第 322 號函備查
113.11.15(113)華產企字第 317 號函備查

保單號碼：14		號 繢保號碼：14		保 保 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 繩 地 址	□同上 □□□			
	電 子 保 單	□同意使用電子保單，且不寄送紙本保單。		電 子 信 箱	
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	
	工 作 內 容	職 業 代 碼	由 保 險 公 司 填 寫	職 業 類 別	性 別
	戶 籍 地 址	□同要保人 □□□			
	聯 繩 地 址	□同上 □□□			
	電 話	(住家)	(公司)	(手機)	
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。					
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。					
受 益 人	各項保險金之受益人依條款約定為被保險人本人				
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	繳 別	<input checked="" type="checkbox"/> 年 繳
承 保 範 圍	保 險 金 額				
	<input type="checkbox"/> 方 案 A	<input type="checkbox"/> 方 案 B	<input type="checkbox"/> 方 案 C	<input type="checkbox"/> 方 案 D	
重大疾病(甲型)暨特定傷病保險(甲型)	30 萬	60 萬	-	-	
重大疾病(甲型)暨特定傷病保險(乙型)	-	-	30 萬	60 萬	
住 院 醫 療 保 險 (日 額 甲 型)	1,000 元	2,000 元	1,000 元	2,000 元	
年 繳 保 險 費 (新 台 幣 / 元)					
※本保險商品為非保證續保之健康保險。					
※被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時，本公司將依契約條款之約定返還未到期保險費。					
※本保險商品(疾病)等待期為 30 日，相關規定詳保險契約條款。					
【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) 被保險人目前之身高 _____ 公分 / 體重 _____ 公斤。					
(二) 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？(亦可提供檢查報告代替回答) ----- <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
如是，請說明檢查時間、原因、項目及結果：_____					
(三) 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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
(四) 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？ ----- <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
A、高血壓症(指收縮壓 140mmHg 或舒張壓 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。 B、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(外表無法明顯判斷者)、巴金森氏症、精神病。 C、肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。 D、肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GPT、GOT 值超過 40uL 以上)。 E、腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。 F、視網膜剝離或出血、視神經病變。 G、癌症(惡性腫瘤)。 H、血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症。 I、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。 J、紅斑狼瘡、膠原症。 K、愛滋病或愛滋病帶原。					
(五) 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？ ----- <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
A、酒精或藥物濫用成癮、眩晕症。 B、食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。 C、肝炎病毒帶原、肝硬化、黃疸。 D、慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。 E、痛風、高血脂症。 F、青光眼、白內障。 G、乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血(女性被保險人回答)。					
(六) 目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障礙？ ----- <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
(七) 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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
(八) 是否已確知懷孕？如是，已經幾週？(女性被保險人回答) ----- <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
『告知事項補充說明』：前列問題(三)~(八)中，告知為「是」者，請註明題號並詳述病名、原因、大約罹病時間、就診醫院、治療之方式、大約就診期間、地點及結果。					
【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。					
本人(要保人)已審閱貴公司所提供之保險單條款。要保人簽名：_____			法定代理人/監護人/輔助人簽名：_____		
【※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。】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 歲者，由法定代理人代為簽名；7 歲(含)以上者，請由本人親自簽名) (要/被保險人未成年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
Enjoy		實 駐 代 號	招 攬 人 員 親 簽 / 招 攬 人 員 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：					

保險費付款方式

*請勾選以下付款方式，並將付款憑證連同要保書一同繳回。保險費應於保單生效前交付。

□ 信用卡授權書

1持卡人同意以信用卡支付下開保險費金額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。

信用卡別	<input type="checkbox"/> VISA	<input type="checkbox"/> MASTER	<input type="checkbox"/> JCB	發卡銀行	
信用卡卡號	- - - -			信用卡有效日期	至西元 年 月底止
持卡人中文姓名				持卡人身分證字號	
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(註三)】 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> (外)祖父母 <input type="checkbox"/> (外)孫子女 <input type="checkbox"/> 負責人 <input type="checkbox"/> 企業員工				
簽帳金額	新臺幣	元整	簽帳日期		
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)	

□ 現金

請將保費存入華南商業銀行(008) 帳號：90290 + 被保險人身分證字號後9碼

註一：若非採上述方式繳費時，應於生效日前提供匯款證明通知保險公司。

註二：本公司從未授權以個人帳號作為收取保險費之用，保費請直接匯入本公司帳戶，以保障自身權益。

註三：依據金融監督管理委員會核定備查之「強化保險業透過信用卡或金融轉帳扣款收取保險費之身分驗證機制」規定辦理。

以下由招攬人員填寫

保單適合度分析評估暨業務員報告書

一、要/被保險人資料確認：(要保人為法人時，請填寫第2、3項；為自然人時，請填寫第1、3項)

1、要保人 資料確認：	姓名	國籍	職業	要保人投保目的及需求	家庭年收入(工作年收入及其他收入)
		<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 (如為外國請填寫國別)	<input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一所列職業	<input type="checkbox"/> 增加保障 <input type="checkbox"/> 風險移轉 <input type="checkbox"/> 子女教育經費 <input type="checkbox"/> 房屋貸款 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 50萬元以下 <input type="checkbox"/> 101-150萬元 <input type="checkbox"/> 201萬元以上 <input type="checkbox"/> 51-100萬元 <input type="checkbox"/> 151-200萬元
2、要保單位 資料確認：	要保單位名稱	法人負責人	法人註冊地	要/被保險人投保目的及需求	要保單位財務狀況
			<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 (如為外國請填寫國別)	<input type="checkbox"/> 員工福利 <input type="checkbox"/> 風險移轉 <input type="checkbox"/> 其他：	資本額： 成立時間： 年 員工人數： 人
3、被保險人 資料確認： (要/被保險人為同一人時，則免填寫)	姓名	國籍	職業	被保人投保目的及需求	家庭年收入(工作年收入及其他收入)
	<input type="checkbox"/> 同要保人 其他：	<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 (如為外國請填寫國別)	<input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一所列職業	<input type="checkbox"/> 增加保障 <input type="checkbox"/> 風險移轉 <input type="checkbox"/> 子女教育經費 <input type="checkbox"/> 房屋貸款 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 50萬元以下 <input type="checkbox"/> 101-150萬元 <input type="checkbox"/> 201萬元以上 <input type="checkbox"/> 51-100萬元 <input type="checkbox"/> 151-200萬元

註一：律師、會計師、公證人，或是其合夥人或受僱人。軍火商、不動產經紀人。當舖業、融資從業人員。寶石及貴金屬交易商。藝術品/骨董交易商、拍賣公司。基金會、協會/寺廟、教會從業人員。博弈產業/公司。匯款公司、外幣兌換所。外交人員、大使館、辦事處。虛擬貨幣的發行者或交易商。

二、招攬過程說明：

- 1 招攬時是否親晤被保險人：是 否
- 2 招攬時是否向要保人(單位)/被保險人詳細說明保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險：是 否
- 3 本契約是經由：陌生拜訪 原已相識 朋友/保戶介紹 要/被保險人主動投保 其他
- 4 本次所招攬新契約要保人保費來源：(可複選) 薪資 股票或基金 房租或利息 舊保險解除或終止契約
貸款或保單借款 營業收入 其他
- 5 要保人於投保前三個月內是否有辦理終止契約、貸款或保單借款之情形：否 是
- 6 要保書上是否確係由要/被保險人及法定代理人親簽名或要保單位正式章確認：是 否
- 7 是否確認要保人(單位)/被保險人、法定代理人及受益人之身份，並核對要保書填載內容確實無誤：是 否
- 8 是否向要保人或被保險人確認要保人與被保險人及被保險人與受益人之關係：是，記載於要保書或名冊 否
- 9 本保單之規劃，要保人與被保險人是否已確實瞭解投保目的、保險需求，綜合考量要/被保險人收入、財務狀況、職業與保險費之負擔能力及投保險種、保險金額的相當性(適合度)：是 否
- 10 是否確認要保人已確實瞭解其繳交保險費係用以購買保險商品：是 否
- 11 要/被保險人是否投保(或正在投保)其他商業保險：否 是，若是，請說明公司名稱_____
- 12 被保險人家中主要經濟者為誰，請說明：本人 配偶 子女 父母 其他
- 13 身故受益人是否指定為配偶、直系親屬，或指定為法定繼承人，且其順位及應得比例適用民法繼承編相關規定：是 否，若否，請說明原因(並請保戶於要保書受益人欄位註明受益人身分證字號)_____
- 14 過去一年內要保人是否居住於中華民國境外超過半年以上：否 是，若是，請說明居住國家(地區)_____
- 15 要保人或被保險人是否是現任(或曾任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務人士(如：中央或地方民意代表、公務機關首長)：否 是，若是，請說明_____
- 16 要保人購買保險商品時，是否對於保障內容或給付項目完全不關心，抑或對於具高保單價值準備金或具高現金價值或重繳保費之保險商品，僅關注保單借款、解約或變更受益人等程序：否 是
- 17 業務人員補充說明(其他有利於核保之資訊)_____

※本業務員報告書詢問事項，係由本人向要保人、被保險人及法定代理人(被保險人為未成年時)確認無誤。

招攬單位
招攬人員簽章
日期
華南銀行收款章

華南產物保險股份有限公司 保險費繳費證明單 (收款營業單位留存)				科目：活期存款 對方科目：
中華民國 年 月 日				① 叢費序號： ② 應繳保費 新台幣 萬 仟 佰 拾 元整 ③ 存入金額 新台幣 萬 仟 佰 拾 元整 ④ 推介人員ID：
保戶姓名				
身分證字號				
戶名：華南產物保險股份有限公司 帳號：106-10-0275856 (萬家代號SC03)				
認證欄				經副襄理 會計 認證 記帳 收款或轉帳

H 華南保險「ENJOY專案」繳費證明單 (客戶留存)

中華民國 年 月 日 叢費序號：

被保險人姓名	收件後10天若未收到保險單及相關資料請來電查詢，我們會立即為您服務。					收款行蓋章
存入金額	新台幣 萬 仟 佰 拾 元整	客戶服務專線：(02) 2761-6969				