

※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。

華南產物團體保險要保書

106.06.02(106)華產企字第162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

保單號碼	14 字第	號	本單係 14 字第	號	保單續保
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 詳保險計劃書 單位：新臺幣

主約	<input type="checkbox"/> 團體(傷害保險(標準型)) _____ 萬元	
	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"/> 傷害醫療保險給付附加條款(日額型) _____ 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"/> 與配偶同一事故身故附加條款 _____ 萬元	
	<input type="checkbox"/> 住院慰問保險金附加條款 _____ 元	
<input type="checkbox"/> 加護病房附加條款(甲型) _____ 元		
<input type="checkbox"/> 重大燒燙傷給付附加條款 _____ 萬元		
<input type="checkbox"/> 定額保險金 <input type="checkbox"/> 比例保險金	<input type="checkbox"/> 特定事故附加條款 <input type="checkbox"/> 大眾運輸交通工具 _____ 萬元 <input type="checkbox"/> 火災 _____ 萬元 <input type="checkbox"/> 地震雷擊 _____ 萬元 <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"/> 燒燙傷病房附加條(甲型) _____ 元 <input type="checkbox"/> 特定事故暨特定期間保險金最高給付限額附加條款 <input checked="" type="checkbox"/> 傷害保險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或喪葬費用保險金

主約	<input type="checkbox"/> 團體住院日額醫療保險 住院日額保險金 _____ 元/日(最高給付日數：_____ 日)	<input type="checkbox"/> 骨折未住院醫療保險金 _____ 元	<input type="checkbox"/> 住院前後門診費用保險金 _____ 元
	<input type="checkbox"/> 團體癌症健康保險：等待期 _____ 日(三十日或六十日擇一投保)	癌症住院醫療保險金 _____ 元/日 (最高給付日數：_____ 日)	<input type="checkbox"/> 團體癌症身故保險 _____ 萬元，等待期 _____ 日(等待期三十日或六十日或九十日擇一投保)
	<input type="checkbox"/> 癌症療養保險金 _____ 元/日 (最高給付日數：_____ 日)	<input type="checkbox"/> 癌症手術費用保險金 原位癌 _____ 元 非原位癌 _____ 元	
	<input type="checkbox"/> 癌症門診暨治療保險金附加條款	<input type="checkbox"/> 癌症門診醫療保險金 _____ 元	<input type="checkbox"/> 團體癌症健康保險癌症外科手術費用附加條款 _____ 元 等待期 _____ 日(等待期三十日或六十日擇一投保)
	<input type="checkbox"/> 癌症放射線治療保險金 _____ 元	<input type="checkbox"/> 癌症化學治療保險金 _____ 元	
附加條款	<input type="checkbox"/> 團體初次罹患癌症健康保險附加條款 _____ 萬元	<input type="checkbox"/> 團體急診費用保險給付附加條款 _____ 元	
	<input type="checkbox"/> 團體重大疾病保險給付附加條款(甲型)(等待期六十日) _____ 萬元	<input type="checkbox"/> 團體住院日額醫療保險手術保險金附加條款 特定手術保險金 _____ 元 普通手術保險金 _____ 元	
	<input type="checkbox"/> 團體住院日額醫療保險加護病房附加條款 _____ 元	<input type="checkbox"/> 團體住院日額醫療保險燒燙傷病房附加條款 _____ 元	

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。

※本保險承保之健康保險為非保續保商品。※健康保險契約「疾病等待期間」之相關約定，請參閱各該健康保險契約條款。
 ※被保險人非因約定之保險事故或保險契約效力終止時，本公司將依各該契約條款之約定返還未到期保險費。
 ※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： _____

保單號碼：_____

要保人(要保單位)：_____

被保險人 親自簽名	與被保險人 關係	身分證字號/ 居留證號	出生日期	性 別	保障內容 (投保計劃)	工作內容	職業 等級	身故保險金受益人 (若未指定則以法定繼承人順序定之)				是否已投保 其他商業實 支實付型傷 害醫療保險	保險費
								姓名	關係	地 址	電 話		
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女								是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女								是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女								是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女								是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女								是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女								是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女								是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女								是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女								是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
※本被保險人名冊為構成保險契約之一部份。※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											總保費 (單位：NT\$)		

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、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。

華南產物團體保險 被保險人投保申請書暨健康告知書

保單號碼：_____ 批單號碼：_____ 要保人(要保單位)：_____ 加保日期：_____年_____月_____日

被保險人姓名		身份證字號		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年	月	日
身故保險金 受益人 (若未指定則以法定繼承人順序定之)	姓名/關係	聯絡地址	電話	投保 身份	<input type="checkbox"/> 員工本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 (被保險人為配偶、 員工姓名_____ 子女、父母時加填)			
工作內容	職業 等級	保障內容 (投保計劃)			保險費	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。								

【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。

傷 害 保 險	(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? ----- <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是，請說明： A、高血壓(指收縮壓 140 mmHG，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。B、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。C、癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病。D、糖尿病。E、酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。F、視網膜出血或剝離、視神經病變。 (二)被保險人目前身體機能是否有下列障害?(請勾選)- ----- <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是，請說明： A、失明。B、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。C、聾。D、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。E、啞。F、咀嚼、吞嚥或言語機能障害。G、四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。
健 康 保 險	(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 40u/L 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、紅斑性狼瘡、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、眩暈症。 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、肝膿瘍、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、四肢機能障害? ----- <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有本人資料轉送產、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。

被保險人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____ 要保人(要保單位) / 負責人簽章：_____ 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	
		實駐代號	業務員親簽 / 業務員登錄字號	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：_____