

※要保人可透過本公司免費服務電話(0800-010850)、網站(http://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
 請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。 ※本商品受受保險安定基金之保障。

華南產物個人及其家庭成員責任保險要保書

100.06.07(100)華產企字第408號函備查
 100.07.20(100)華產企字第655號函備查

保單號碼：14 _____ 續保號碼：_____ 號 保險期間：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	身分證字號		出生日期				
	戶籍地址	聯絡地址						
	電話	(住家)	(公司)	(手機)	與被保險人關係			
	姓名	身分證字號	出生日期	婚姻 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚				
被保險人	服務單位	營業性質	職業類別		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	工作內容	職業代碼	由保險公司填寫					
	戶籍地址	聯絡地址						
	電話	(住家)	(公司)	(手機)				
被保險人是否已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(請勾選)。(一)實支實付型傷害醫療保險： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否 (二)實支實付型醫療保險： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否								
受益人	身故(或喪葬費用)保險金(如未指定則以法定繼承人順序定之)	受益人姓名	與被保險人關係	給付方式(若未勾選視為均分)		殘廢或醫療保險金	<input checked="" type="checkbox"/> 被保險人本人	
				<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位1 <input type="checkbox"/> 比例 _____ % <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位2 <input type="checkbox"/> 比例 _____ %				
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						
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	
個人及其家庭成員責任保險	每一個人傷亡	10 萬						
	每一次事故傷亡(每一個人傷亡保險金額的兩倍)	20 萬						
	每一次事故財損	3 萬						
	保險期間內最高賠償金額(每一次事故傷亡保險金額的兩倍)	40 萬						
	附加傷害保險	一般意外身故 / 殘廢	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬		
		重大燒燙傷給付附加條款(定額保險金)	25 萬	50 萬	75 萬	125 萬		
		傷害醫療保險給付附加條款(實支實付型)	第一類:5 萬; 第二類:4 萬; 第三、四類:3 萬					
		傷害醫療保險給付附加條款(日額型)	1,000 元	2,000 元	2,000 元	3,000 元		
		加護病房附加條款	1,000 元	2,000 元	2,000 元	3,000 元		
		住院慰問保險金附加條款	3,000 元					
救護車運送保險金附加條款(每一次事故以給付一次為限)		2,000 元						
特定事故附加條款	大眾運輸工具	300 萬	500 萬	1,000 萬	1,500 萬			
	地震、雷擊	100 萬	200 萬	300 萬	500 萬			
	特定事故暨特定期間保險金最高給付限額附加條款	特定事故或特定期間保險金擇優給付其中一項						
恐怖主義行為保險限額給付附加條款	理賠上限最高新台幣貳佰萬元							
911 恐怖主義除外附加條款	Y2K 電腦系統年序轉換除外不保附加條款	<input checked="" type="checkbox"/>						
自動續約附加條款同意書	要保人投保華南產物個人及其家庭成員責任保險，加保華南產物自動續約附加條款，若符合該附加條款之約定，於保險期間屆滿後，上述所列要保人投保之保障項目得繼續有效。 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 (若未勾選視為不同意)			*投保時未滿 15 足歲者，本保險給付項目不含身故保險金。 年繳保險費(新台幣/元)：_____ 元				
<p>【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，如有故意隱匿，或因過失遺漏或為不實的說明，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。</p> <p>(一)過去二年內是否曾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，如是，請說明：_____</p> <p>(二)被保險人目前身體機能是否有下列障害?(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、吞嚥或言語機能障害。7.四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否，如是，請說明：_____</p> <p>【要(被)保險人聲明事項】：1.本人(被保險人)同意貴公司查閱本人相關之醫療紀錄及病歷資料。2.本人(被保險人、要保人)同意 貴公司將本要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理本人投保時之核保參考，但各該公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以前開資料做為承保與否之依據。3.本人(被保險人、要保人)同意 貴公司得依「電腦處理個人資料保護法」之相關規定，對本人之個人資料，有為蒐集、電腦處理或國際傳遞及利用之權利。4.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 貴公司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 貴公司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 貴公司仍承保者， 貴公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定給付責任。如有重複投保而未通知 貴公司者，同意 貴公司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份不負給付責任。 此致 華南產物保險股份有限公司</p>								
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 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
567 專案		實駐代號	推介人(姓名/業務員證號)	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：_____

保單適合度分析評估暨業務員報告書

一、要/被保險人資料確認(請依據招攬之保險商品填寫)

個人險適用：傷害保險、健康保險、旅行綜合保險5人以下

1、要保人資料確認：

姓名	要保人投保目的	家庭年收入(法人免填)
	<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"/> 50萬以下 <input type="checkbox"/> 51-100萬元 <input type="checkbox"/> 101-150萬元 <input type="checkbox"/> 151-200萬元 <input type="checkbox"/> 201萬元以上

2、被保險人資料確認：

姓名	被保險人投保目的	家庭年收入
<input type="checkbox"/> 同要保人	<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"/> 50萬以下 <input type="checkbox"/> 51-100萬元 <input type="checkbox"/> 101-150萬元 <input type="checkbox"/> 151-200萬元 <input type="checkbox"/> 201萬元以上
	<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"/> 50萬以下 <input type="checkbox"/> 51-100萬元 <input type="checkbox"/> 101-150萬元 <input type="checkbox"/> 151-200萬元 <input type="checkbox"/> 201萬元以上
	<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"/> 50萬以下 <input type="checkbox"/> 51-100萬元 <input type="checkbox"/> 101-150萬元 <input type="checkbox"/> 151-200萬元 <input type="checkbox"/> 201萬元以上
	<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"/> 50萬以下 <input type="checkbox"/> 51-100萬元 <input type="checkbox"/> 101-150萬元 <input type="checkbox"/> 151-200萬元 <input type="checkbox"/> 201萬元以上

團體險適用：傷害保險、旅行綜合保險5(含)人以上

要保人(單位)資料確認：

要保單位名稱	要/被保險人投保目的	要保單位財務狀況
	<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

二、招攬過程說明：

- 招攬時是否親晤被保險人：是 否
- 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_____
- 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
- 是否確認要保人(單位)/被保險人及法定代理人之身份，並核對要保書填載內容確實無誤：是 否
- 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，綜合考量財務狀況及付費能力，分析與評估保險費、保額及保障需求間之適當性(適合度)：是 否
- 業務人員補充說明：_____

※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	業務員簽章	日期
		年 月 日

信用卡授權書

1.本人同意由信用卡帳戶扣繳應支付華南產物保險股份有限公司之上述保險費，並依照信用卡約定付款。
 2.本項交易若未獲得華南產物保險股份有限公司同意承保或聯合信用卡處理中心核准，則本授權書自動失效。
 信用卡卡別：VISA MasterCard 聯合信用卡 JCB
 卡號： - - -
 信用卡有效期間：至西元_____年_____月底止
 持卡人簽名：_____〈請與信用卡上簽名相同〉 簽帳金額：NT\$_____元整
 持卡人身分證號：_____ 與被保險人關係：_____ 日期：_____年_____月_____日

客戶資料使用聲明

◎本人之往來交易及其他相關資料(包括帳務、信用、投資及保險等資料)於貴公司與華南金融控股股份有限公司旗下子公司因進行行銷業務而為建檔、揭露、轉介、交互運用時：
同意提供予貴公司及下列公司(請勾選)進行行銷業務：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 華南金管理顧問股份有限公司(僅供企業客戶勾選，個人客戶毋需勾選) 華南金創業投資股份有限公司(僅供企業客戶勾選，個人客戶毋需勾選)
不同意提供作為行銷業務之共同使用。
 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相互使用事宜。 簽名(章)處：_____