

保費便宜
擁有完整的意外險及癌症險保障
保到賺到

幣別：新臺幣/元

給付項目	保險對象			
	本人、配偶 (15足歲~65歲)		本人 (15足歲~65歲)	本人、配偶 (66歲~70歲)
	子女(15足歲以上)			
	計畫一	計畫二	計畫三	計畫六
1.意外身故保險金	100萬	300萬	500萬	100萬
2.意外失能保險金	5~100萬	15~300萬	25~500萬	5~100萬
3.大眾運輸工具特定傷害事故保險金(增額給付)	200萬	300萬	500萬	100萬
4.電梯特定傷害事故保險金(增額給付)	200萬	300萬	500萬	100萬
5.傷害醫療實支實付保險金	3萬	3萬	3萬	3萬
6.傷害醫療住院日額保險金(每次事故限90日)	1,000/日	1,000/日	1,000/日	1,000/日
7.加護病房住院日額保險金(每次事故限45日)	1,000/日	1,000/日	1,000/日	1,000/日
8.燒燙傷病房住院日額保險金(每次事故限45日)	1,000/日	1,000/日	1,000/日	1,000/日
9.初次罹癌	1萬	1萬	1萬	-
10.癌症身故保險金	10萬	10萬	10萬	-
11.癌症住院醫療保險金(每次事故最長365日)	1,000/日	1,000/日	1,000/日	-
12.癌症門診醫療保險金(每日一次)	1,000/日	1,000/日	1,000/日	-
13.癌症放射線治療保險金(每日一次)	1,000/日	1,000/日	1,000/日	-
14.癌症化學治療保險金(每日一次)	1,000/日	1,000/日	1,000/日	-
15.癌症外科手術費用保險金	1萬/次	1萬/次	1萬/次	-
職業分類第一~三類 年繳保費	670	1,295	1,930	770

【承保內容說明】

- 適用對象：符合團體傷害保險團體定義之會員50人以上團體且為**教師工會會員、學校教職員及其眷屬(父母、配偶、子女)**，職業等級限一~三類參加，眷屬保額不得大於會員本人且須載明與會員本人關係。倘若被保險人變更工作內容超過承保職業等級，應書面通知華南產險，華南產險保留承保與否及調整年度保費之權利。
- 投保年齡(除15足歲以外，皆指保險年齡)：
 - 會員本人：①15足歲~65歲(計畫一~計畫三)
②66歲~70歲(計畫六)
 - 配偶：①15足歲~65歲(計畫一~計畫二)
②66歲~70歲(計畫六)
 - 父母：最高可至70歲(計畫六)
 - 子女：15足歲~至20歲(計畫一~計畫二)
並以未婚者為限，若在學未婚可延至23歲

【投保注意事項】

- 初次罹癌等待期為60天，其餘癌症保障項目等待期為30天，意外保障與意外醫療無等待期。
 - 初次罹癌：經醫師診斷確定初次罹患癌症(初期)第一項原位癌或零期癌時，本公司按本附加條款約定之保險金額之百分之十給付「原位癌保險金」，但同一器官罹患癌症(初期)之第一項原位癌或零期癌，以給付一次為限。
 - 被保險人同時蒙受第3、4項特定意外事故而身故或失能時，以給付一項金額較高者為限。
 - 新加保者皆須填寫「健康告知書」，經華南產險審核通過後方可承保。
 - 受益人：意外或疾病身故之受益人依法定繼承人/直系血親/配偶。其餘保障項目之受益人為被保險人本人。
 - 每一被保險人不得重複投保本專案。
 - 累計產壽險同業(含本公司)傷害醫療實支實付之張數限3張。
- *消費者投保前應審慎瞭解本保險商品之承保範圍、除外不保事項及商品風險。
 消費者於購買前，應詳閱各種銷售文件內容，本商品之預定費用率(預定附加費用率)最高25%、最低20%；如要詳細了解其他相關資訊，請洽本公司業務員、服務據點(免付費電話：0800-010-850)或網站(網址：<https://www.south-china.com.tw>)，以保障您的權益。

※商品名稱：華南產物團體傷害保險(標準型)、傷害醫療保險給付附加條款(實支實付型)、傷害醫療保險給付附加條款(日額型)、加護病房附加條款(甲型)、燒燙傷病房附加條款(甲型)、特定事故附加條款、特定事故暨特定期間保險金最高給付限額附加條款、華南產物團體初次罹癌健康保險附加條款、華南產險團體癌症身故保險、華南產物團體癌症健康保險、團體癌症健康保險癌症門診醫療保險附加條款、團體癌症健康保險癌症外科手術費用附加條款、恐怖主義行為保險限額給付附加條款

※商品文號：94.11.10(94)華企字第055號函備查、112.02.04依金融監督管理委員會111.08.30金管保壽字第1110445485號函修正、94.11.10(94)華企字第056號函備查、111.04.08(111)華企字第076號函備查、94.11.10(94)華企字第057號函備查、108.11.29依金融監督管理委員會108.04.09金管保壽字第10804904941號函修正、103.11.04(103)華企字第273號函備查、109.01.17(109)華企字第035號函備查、106.03.15(106)華企字第061號函備查、108.11.29依金融監督管理委員會108.04.09金管保壽字第10804904941號函修正、95.12.21(95)華企字第186號函備查、110.12.15(110)華企字第305號函備查、96.11.30(96)華企字第186號函備查、107.09.07(107)依金融監督管理委員會107.06.07金管保壽字第10704158370號函修正、102.03.22(102)華企字第072號函備查、108.12.20依金融監督管理委員會108.04.09金管保壽字第10804904941號函修正、105.03.31(105)華企字第130號函備查、108.01.04依金融監督管理委員會107.09.17金管保壽字第10704937510號函修正、105.01.25(105)華企字第036號函備查、112.02.04依金融監督管理委員會111.08.30金管保壽字第1110445485號函修正、105.08.24(105)華企字第271號函備查、108.12.20依金融監督管理委員會108.04.09金管保壽字第10804904941號函修正、106.04.07(106)華企字第074號函備查、108.12.20依金融監督管理委員會108.04.09金管保壽字第10804904941號函修正、92.12.29財政部台財保第0920073327號函核准、107.08.31(107)依金融監督管理委員會107.06.07金管保壽字第10704158370號函修正

「本保險所稱之『住院』，係指被保險人經醫師診斷確定罹患癌症或傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者，但不包含全民健康保險法第五十一條所稱之日間住院及精神衛生法第二十五條所稱之日間留院。保險公司辦理理賠作業於需要時會參據醫學專業意見審核被保險人住院之必要性」。
 ※詳細內容以保單條款為準，華南產險保留承保與否之權利。
 ※本保險承保之健康保險為非保證續保商品。


華南產物保險股份有限公司
 SOUTH CHINA INSURANCE CO., LTD.

 總公司：11071 台北市信義區忠孝東路四段560號5樓
 電話：(02)2758-8418(代表號)/免費申訴電話：0809-005-607
 公開資訊網頁：<https://www.south-china.com.tw>

詳情請洽服務人員：

兆鎮國際保險經紀人
服務專線：0800-008905 張小姐

保經代專用112.05.2-1

保單號碼		華南產物保險股份有限公司						批單生效日					
要保單位		團體保險 加 / 退保名冊						批單號碼 (由保險公司填寫)					
異動項目		被保險人 姓名暨簽名	與被保險人 關係	身分證字號 / 居留證號	出生日期	性別	行動電話	保障內容 (投保計劃)	工作內容	職業 等級	身故保險金 受益人/關係	是否已投保其他 商業實支實 付型(傷害 醫療保險)	保險費
加保	退保												
			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母	地址：		<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	地址：		<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	地址：		<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	地址：		<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	地址：		<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	地址：		<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	地址：		<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 / 負責人簽章
中華民國 _____ 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		華南產物保險股份有限公司 團體保險 加/退保名冊	批單生效日	
要保單位			批單號碼 (由保險公司填寫)	
被保險人姓名	身故保險金受益人地址		身故保險金受益人電話	
	<input type="checkbox"/> 同要保人		<input type="checkbox"/> 同要保人	
	<input type="checkbox"/> 同要保人		<input type="checkbox"/> 同要保人	
	<input type="checkbox"/> 同要保人		<input type="checkbox"/> 同要保人	
	<input type="checkbox"/> 同要保人		<input type="checkbox"/> 同要保人	
	<input type="checkbox"/> 同要保人		<input type="checkbox"/> 同要保人	
	<input type="checkbox"/> 同要保人		<input type="checkbox"/> 同要保人	
	<input type="checkbox"/> 同要保人		<input type="checkbox"/> 同要保人	
	<input type="checkbox"/> 同要保人		<input type="checkbox"/> 同要保人	
	<input type="checkbox"/> 同要保人		<input type="checkbox"/> 同要保人	
	<input type="checkbox"/> 同要保人		<input type="checkbox"/> 同要保人	

※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。

--	--

要保人 / 負責人簽章
 中華民國_____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：

華南產物團體保險 被保險人投保申請書暨健康告知書

要保單位		會員卡號	(請傳真會員卡)
主被保險人資料	被保險人姓名	身分證字號	出生日期
	手機電話 <small>必填(簡訊通知)</small>	聯絡市話	電子郵件
	保單寄送地址 <small>(必填)</small>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
			保險期間 自民國_____年____月____日____時起一年整

與主被保險人的關係	(1)本人	(2) <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女	(3) <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女	(4) <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女	(5) <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女
被保險人姓名	同上				
身分證字號	同上				
出生年月日	同上	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
聯絡地址	同上				
手機電話	同上				
服務單位/工作內容					
身故保險金受益人 <small>(若未指定則為法定繼承人)</small>	姓名				
	關係				
參加計劃/方案別與保費如:	3	1,980			

【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。

1.身高	公分	公分	公分	公分	公分
2.體重	公斤	公斤	公斤	公斤	公斤
3.最近二個月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	<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
4.過去二年內是否曾因接受健康檢查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	<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
5.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	<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

被保險人過去及現在之健康情形若有上列所述情況勾選 是 者請詳填下列資料：

被保險人	病名(外傷者，含受傷部位)	就診醫院	就診大約日期	診療過程(門診、住院或手術)	有無手術	有無後遺症	其他

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。

【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。

被保險人簽名：(1) _____ (2) _____ (3) _____ (4) _____ (5) _____

法定代理人簽名： _____ (被保險人未成年者需由法定代理人簽名)