

※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，消費者仍應詳閱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。

華南產物個人傷害保險(甲型)要保書

104.03.30(104)華產企字第080號函備查
 104.08.04 依金融監督管理委員會 104.05.15
 金管保壽字第 10402041970 號函修正

保單號碼：14 號 續保號碼：14 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	陳正村		出生日期	34.4.28		身分證字號	G101215164		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	戶籍地址	200 基隆市信義區教孝街2-2號2F									
	聯絡地址	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/>									
	電話	(住家) (02) 24651209	(公司)	(手機) 0932924259		與被保險人關係		僱傭			
被保險人	姓名	MESRATUN		出生日期	1975-01-16		身分證字號				<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
	服務單位	僱主陳正村		營業性質	家庭看護工		職業類別	婚姻		<input checked="" type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚	
	工作內容	照顧與看護老人		職業代碼			電話	(住家) (02) 24651209			
	戶籍地址	<input checked="" type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/>						(公司)			
	聯絡地址	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/>						(手機) 0932924259			
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 checked="" type="checkbox"/> 否 (二) 實支實付型醫療保險： <input type="checkbox"/> 是， <input checked="" type="checkbox"/> 否 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 checked="" type="checkbox"/> 否 如勾選是者，請提供。											
受益人	受益人姓名	TUKIMUN		與被保險人關係	配偶		給付方式(若未勾選視為均分)	聯絡地址		電話	
							<input checked="" type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位(請註明順序) <input type="checkbox"/> 比例(請註明比例)	<input checked="" type="checkbox"/> 同要保人 <input checked="" type="checkbox"/> 同被保險人		<input checked="" type="checkbox"/> 同要保人 <input checked="" type="checkbox"/> 同被保險人	
身故(或喪葬費用)保險金(如未指定身故受益人，則以法定繼承人順序定之)		身故保險金受益人如係分別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。		殘廢或醫療保險金		<input checked="" type="checkbox"/> 被保險人本人					
繳費方式 <input checked="" 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											
主約	華南產物個人傷害保險(甲型)		<input checked="" type="checkbox"/> 方案A	<input type="checkbox"/> 方案B	<input type="checkbox"/> 方案C	<input type="checkbox"/> 方案D	<input type="checkbox"/> 方案E	單位：新臺幣			
			一般身故及殘廢保險金	10萬元	10萬元	10萬元	10萬元	10萬元			
附加條款	意外傷害身故及殘廢保險金附加條款		一般身故及殘廢保險金	90萬元	190萬元	290萬元	390萬元	490萬元			
			大眾運輸工具特定傷害事故保險金	200萬元	400萬元	600萬元	800萬元	1,000萬元			
			電梯特定傷害事故保險金	200萬元	400萬元	600萬元	600萬元	600萬元			
			一氧化碳中毒身故及殘廢保險金	150萬元	400萬元	600萬元	600萬元	600萬元			
	同時遭受二項以上特定傷害事故致殘廢或死亡時，本公司僅給付其中一款金額較高之殘廢或身故保險金。 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										
			傷害醫療實支實付保險金	1萬元	1萬元	1萬元	1萬元	1萬元			
			傷害醫療住院日額保險金	1,000元	1,000元	1,000元	1,000元	1,000元			
			加護病房住院日額保險金	1,000元	1,000元	1,000元	1,000元	1,000元			
			燒燙傷病房住院日額保險金	1,000元	1,000元	1,000元	1,000元	1,000元			
			食物中毒慰問保險金	3,000元	3,000元	3,000元	3,000元	3,000元			
		意外門診手術醫療保險金附加條款	200元	200元	300元	300元	300元				
		看護費用給付附加條款	5萬元	10萬元	10萬元	20萬元	20萬元				
自動續約附加條款 要保人投保華南產物個人傷害保險(甲型)，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)： 1200 元											
【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)過去二年內是否曾罹患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90mmHG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。											
(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)截瘡或畸形。											
【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											
要保人簽名：陳正村 被保險人簽名： 法定代理人簽名： 簽章日期：105年12月07日 (被保險人未滿7足歲者，由法定代理人代簽；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
BEST A		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：

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(09三)。(二)人身保險(00一)。(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、委託協助處理賠款之公證人或機構。(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。

要保人: 陳正村 (簽章) 被保險人: STRAFF (簽章) 法定代理人: _____ (簽章)
中華民國 105 年 12 月 07 日

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: 陳正村 (簽名或蓋章)
中華民國 105 年 12 月 07 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。 104.04 版

保險費 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保險費,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。

*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提供保險服務、辦理信用卡扣款繳交保險費、處理申訴、爭議案件及公司之內部業務,蒐集之資料會在前開蒐集目的存續期間及依法令規定要求之期間內,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。基於個人資料保護法之規定,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,基於健全保險業務之執行,本公司將無法提供您完善的保險服務。

※ 首期 首期及續期(勾選同意自動續約且以信用卡繳附者,請勾此項)

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

卡號: 4682-2658-2050-1116 與被保險人關係: 本人 配偶 子女 父母

信用卡有效期限: 至西元 2021 年 02 月底止 簽帳金額: 新臺幣 _____ 元整 持卡人身分證字號: A120716868

持卡人簽名(請與信用卡上簽名相同): 廖建寧 日期: 民國 105 年 12 月 07 日

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	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"/> 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"/> 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、要保單位資料確認:

要保單位名稱	要/被保險人投保目的及需求	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

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	被保險人投保目的及需求	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"/> 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"/> 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

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、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
- 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
- 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
- 是否確認要保人已確實瞭解其所繳交保險費係用以購買保險商品: 是 否
- 要/被保險人是否投保(或正在投保)其他商業保險: 是 否,若是,請說明公司名稱 _____
- 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 _____
- 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) _____
- 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
業務員簽章
日期