

※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。

華南產物個人傷害保險(標準型)要保書

99.05.28(99)華企商字第 183 號函備查
 100.06.22(99)華產企字第 414 號函備查

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	身分證字號		出生日期		
	戶籍地址	□□□				
	聯絡地址	□同上 □□□				
被保險人	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		
	服務單位	營業性質		婚姻 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚		
	工作內容	職業代碼		由保險公司填寫	職業類別	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	戶籍地址	<input type="checkbox"/> 同要保人 □□□				
	聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同上 □□□				
受益人	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					
繳費方式	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)	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 %		
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		
華南產物個人傷害保險(標準型)				100萬		
附加條款	傷害醫療給付附加條款	<input checked="" type="checkbox"/>	實支實付傷害醫療保險金	1萬		
	傷害醫療給付附加條款(日額內型)	<input checked="" type="checkbox"/>	傷害醫療住院日額保險金	1,000元		
		<input checked="" type="checkbox"/>	加護病房日額保險金	1,000元		
		<input checked="" type="checkbox"/>	燒燙傷病房日額保險金	1,000元		
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				年繳保險費(新台幣/元)：_____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。						
(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？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：_____						
(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：_____						
【(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記錄及病歷資料。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負給付責任。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分不負給付責任。 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	
親親寶貝		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：	