

全國金融業工會聯合總會『珍愛2188』團體保險專案說明

歡迎會員與眷屬(配偶、子女)且職業等級一至三類參加投保

每日保費2元起，擁有意外傷害與健康險雙重保險，物超所值!!

保險項目(保險金額詳右欄)		計劃一	計劃二
投保對象		本人、配偶 15足歲以上子女(詳1)	子女(未滿15足歲)
意外保障	意外身故保險金	100萬元	
	意外失能保險金	5萬~100萬元	
疾病醫療保障	重大疾病(甲型)(七項)	30萬元	10萬元
健康醫療保障 (含意外與疾病)	住院日額(每次90日為限)	1,500元/日	1,000元/日
	加護、燒燙傷病房(每次45日為限)	1,500元/日	1,000元/日
	住院手術保險金(定額給付)	1萬元/次	1萬元/次
	急診費用保險金(超過6小時)(實支實付)	最高1,000元/實支實付	最高1,000元/實支實付
年保費		2,688元	788元

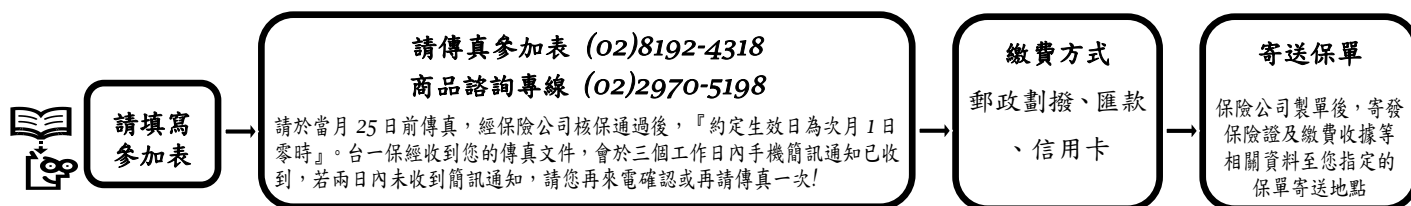
◎ **投保注意事項：** <詳細內容與未盡事宜，請以保單條款為準。保險期間未滿一年，畸零保費採日數保費計算>

1. 投保對象:職業等級限一至三類參加
2. 被保人年齡:會員、配偶、15足歲以上子女，以15-65足歲為限(保險年齡)。計畫二，限未滿15足歲子女。子女投保年齡限出生滿一個月並正常出院至20歲，且以未婚為限，若在學未婚可延至23歲。
3. **重大疾病等待期為60天、健康醫療的疾病項目等待期為30天、健康醫療的意外項目無等待期。**
4. 加保者皆須填寫「被保險人投保申請書暨健康告知書」(須註明行庫與單位，以能核對會員資格)。**被保險人告知事項如故意隱匿，或因過失遺漏，或為不實之說明而影響保險公司權益者，依保險法六十四條，保險公司得解除契約。**

◎ **商品特色：**

5. 保費超低廉、涵蓋完整的意外與健康險保障，物超所值!急診申請需收據(可副本)，其餘免收據。
6. 保險公司保留承保與否及調整續年度保費與方案之權利。為免保險中斷影響權益，續保採經核保通過後自動續保，若不續保請保險屆期前來電辦理。若不同意請勿加保。

◎ **簡易投保流程：**



規劃與服務：**Tai-One 台一保險經紀人**
Enrich our life
 服務專員：團險部 (全金聯珍愛2188專案)
 投保傳真專線：02-8192-4318 LINE 帳號 @taione
 洽詢電話：02-2970-5198、0980-832-148(中華)
 公司地址：新北市三重區重安街132號6樓之1

113.02.01 版

**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 資 料 保 險 人	被保險人姓名		身分證字號		出生日期			
	手機電話 (必填(簡訊通知))		聯絡市話		電子郵件			
	保單寄送地址 (必填)	□□□□□□				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 (若未指定則為法定繼承人)	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。
 (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)

華南產物保險股份有限公司 信用卡授權書

發卡銀行：_____ 卡別：VISA MasterCard JCB AE

信用卡卡號：_____ - _____ - _____

有效期限：_____月20_____年(西元) 持卡人電話：_____

持卡人身分證字號：_____ 持卡人姓名：_____ (請以中文正楷填寫)

持卡人已詳閱下列注意事項，對授權書內容均已充分了解並簽名如下已示同意：

1. 持卡人同意以信用卡支付下開保險費金額予華南產物保險股份有限公司，並保證上列信用卡資料均為詳實無訛。
2. 本項交易若未獲發卡銀行核准，則本保險費簽帳單自動失效，本公司得重新收費，否則保險契約不生效力。

保單/保險證號	要保人 (限同一人)	保險費 (新臺幣元)
共計 _____ 件，總金額		
持卡人與要(被)保險人關係	<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 受益人 下列關係請檢附證明文件(註1)： <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> (外)祖父母 <input type="checkbox"/> (外)孫子女 <input type="checkbox"/> 法定代理人(非上述關係之監護人及輔助人) <input type="checkbox"/> 公司負責人 <input type="checkbox"/> 企業員工	
持卡人簽名 (同信用卡簽名)	要保人簽名 (同要保書簽名)	主被保險人簽名
簽帳日期	年 月 日	

註1：依據金融監督管理委員會核定備查之「強化保險業透過信用卡或金融轉帳扣款收取保險費之身分驗證機制」規定辦理，即持卡人非要保人、被保險人或受益人，需檢附關係證明送至保險公司審核。

註2：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辦理信用卡扣款繳交保險費及相關保險服務，蒐集之資料會在目的存續及法令要求之期間內，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。依個人資料保護法規定，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，本公司將可能無法扣款及提供您完善的保險服務。

本公司受理人員簽章：_____ (須對授權書填寫內容審核無誤)