

1. 本公司資訊公開說明文件，請查閱本公司網址：<http://www.chubb.com/tw> 或洽免費服務專線 0800-339-899 或至本公司(台北市信義路5段8號10樓)查詢。
2. 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。
3. 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。
4. 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。

要保人	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號 (統一證號)												出生日期	民國	年	月	日
-----	----	--	-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	----	---	---	---

聯絡電話	日()	分機:	夜()	手機:
------	------	-----	------	-----

E-Mail	關係	係被保險人之
--------	----	--------

聯絡地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(本公各項通知之送達以聯絡地址為準，恕不接受郵政信箱，如有變更時要保人應立即以書面通知本公司)
------	--	---

***保單寄送方式** 同意使用電子保單並寄送至要保人的手機號碼，若未勾選視為”不同意”。
***請務必填寫要保人及被保險人手機及電子郵件帳號。*若本公司無法寄達電子保單時，將改發紙本保單。**

被保險人	<input type="checkbox"/> 同要保人	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號 (統一證號)											出生日期	民國	年	月	日
------	-------------------------------	----	--	-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	----	---	---	---

聯絡電話	日()	分機:	夜()	手機:
------	------	-----	------	-----

E-Mail	
--------	--

聯絡地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(本公各項通知之送達以聯絡地址為準，恕不接受郵政信箱，如有變更時要保人應立即以書面通知本公司)
------	--	---

身故保險金受益人	姓名	身分證字號	係被保險人關係之	聯絡地址、電話	給付方式
(1)				<input type="checkbox"/> 要保人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 被保險人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 不同 意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址/電話:	<input type="checkbox"/> 按填寫順位 <input type="checkbox"/> 比例(請註明比例)
(2)				<input type="checkbox"/> 要保人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 被保險人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 不同 意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址/電話:	1. ___% 2. ___% 僅填寫法定繼承人不需勾選此項。

1. 各項醫療保險或失能保險受益人限被保險人本人，本公司不受理其變更或指定。2. 身故保險金受益人若未指定，以被保險人之法定繼承人為受益人。
3. 身故保險金受益人若超過一人且未註明給付比例或順位，以均分方式辦理。4. 身故保險金受益人如係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。

保險期間	民國	年	月	日	翌日零時起，為期一年。	繳費方式	<input type="checkbox"/> 匯款/劃撥 <input type="checkbox"/> 信用卡，繳納保險費
------	----	---	---	---	-------------	------	---

被保險人是否已投保其他實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險? 否, 是

被保險人是否領有身心障礙手冊或證明? 否, 是, 請提供。(若未勾選且健康告知事項均勻否者, 視為無該手冊或證明)

被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)? 否, 是, 如勾選是者, 請提供相關證明文件。

被保險人告知事項 被保險人告知事項, 請要保人親自據實回答, 如有為隱匿或遺漏不為說明, 或為不實之說明, 本公司得依保險法第六十四條規定解除保險契約且不退還已繳之保險費。

公司名稱	職稱	工作內容	副業
------	----	------	----

1、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(請勾選)?
(1)高血壓症(指收縮壓140mm 舒張壓90mm 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。 是 否

2、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○·三以下。
(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。 是 否

上述若告知為『是』, 請說明大約發生時間、診斷病名、醫院、大約治療日期與期間、治療方式、有無復發、目前狀況:

商品名稱	基本保障內容	保險金額 (單位:新台幣元) (請擇一勾選)					
		計畫A	計畫B	計畫C	計畫D	計畫E	計畫F
安達產物個人傷害保險(乙型)(註一)	一般意外身故保險金或喪葬費用保險金/失能保險金(最高)	100萬	100萬	200萬	200萬	300萬	300萬
	特定燒燙傷保險金	50萬	50萬	50萬	50萬	50萬	50萬
	一至六級失能生活補助保險金	50萬	50萬	50萬	50萬	50萬	50萬
	特定天災意外身故增額保險金或喪葬費用增額保險金/失能增額保險金(最高)(含一般意外身故/失能給付)	200萬	200萬	300萬	300萬	400萬	400萬
	搭乘大眾運輸工具意外身故或喪葬費用增額保險金/失能增額保險金(最高)(含一般意外身故/失能給付)	300萬	300萬	600萬	600萬	900萬	900萬
安達產物個人傷害醫療保險附約(註二)	特定人工器官保險金	最高5萬	最高5萬	最高5萬	最高5萬	最高5萬	最高5萬
	食物中毒住院慰問保險金	3,000元	3,000元	3,000元	3,000元	3,000元	3,000元
	意外傷害住院慰問保險金(住院需三日以上)	2,000元	2,000元	2,000元	2,000元	2,000元	2,000元
	意外傷害住院醫療保險金(最高90天)	1,000元	1,000元	1,000元	1,000元	1,000元	1,000元
	意外傷害加護病房住院醫療保險金(最高30天)(含意外傷害住院醫療保險金)	2,000元	2,000元	2,000元	2,000元	2,000元	2,000元
	意外傷害燒燙傷病房住院醫療保險金(最高30天)(含意外傷害住院醫療保險金)	4,000元	4,000元	4,000元	4,000元	4,000元	4,000元
	骨折未住院保險金	最高3萬	最高3萬	最高3萬	最高3萬	最高3萬	最高3萬
	意外門診手術醫療保險金(定額)	2,000元	2,000元	2,000元	2,000元	2,000元	2,000元
	重大傷害失能住院補償保險金(最高90天)	3,000元	-	3,000元	-	3,000元	-
	實支實付傷害醫療保險金(限額)	3萬	-	3萬	-	3萬	-
	顏面傷害失能整型費用保險金(限額)	40萬	-	40萬	-	40萬	-
	年繳保費(職業等級1~3類)		<input type="checkbox"/> 2,354元	<input type="checkbox"/> 1,464元	<input type="checkbox"/> 3,208元	<input type="checkbox"/> 2,318元	<input type="checkbox"/> 4,062元
年繳保費(職業等級4類)		<input type="checkbox"/> 4,769元	<input type="checkbox"/> 2,895元	<input type="checkbox"/> 6,563元	<input type="checkbox"/> 4,689元	<input type="checkbox"/> 8,357元	<input type="checkbox"/> 6,483元
<input type="checkbox"/> 安達產物自動續保附加條款(A3)		要保人同意加保安達產物自動續保附加條款，由貴公司依本附加條款之約定，於保險期間屆滿後就上列投保項目逐年辦理自動續保。(如未勾選視為不同意)					
<input checked="" type="checkbox"/> 安達產物國際制裁限制除外不保附加條款		本保險契約對於依照貿易、經濟制裁或其他法令禁止本公司提供保險者，不予承保，亦不負擔賠付保險金及任何利益之責任。					

註一：同一意外傷害事故，致成被保險人同時符合二種(含)以上之特定意外傷害事故者，本公司僅就其中金額最高者給付保險金。「特定意外傷害事故」係指「搭乘大眾運輸工具特定意外傷害事故」及「特定天災意外事故」。註二：被保險人因同一傷害入院治療時，就同一住院不得同時請領意外傷害加護病房住院醫療保險金及意外傷害燒燙傷病房住院醫療保險金，僅能就其中乙項請領保險金。

■ 聲明事項

- 本人(被保險人)同意美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司(以下簡稱美商安達保險)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。
- 本人(被保險人、要保人)同意美商安達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。
- 本人(被保險人、要保人)同意美商安達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。
- 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美商安達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美商安達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，而美商安達保險仍承保者，美商安達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美商安達保險者，同意美商安達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。

已審閱 未審閱 貴公司所提供本要保書之保險契約條款樣本或影本、「投保須知」、「要保書填寫說明」、「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」。

要保人簽名：

法定代理人簽名：

被保險人簽名：

申請日期： 年 月 日

單位名稱	單位代號	業務員	保險經紀人/ 代理人受理日期	保險經紀人/ 代理人簽署章	保險公司 受理欄
		簽名：			
		登錄證號：			
		手機：	受理編號：		

(以下非要保書之一部分)