

1. 本公司資訊公開說明文件，請查閱本公司網址：www.chubb.com/tw 或洽免付費服務專線 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。

保險單號碼：

基本資料及要保事項

※以下內容請以正楷清楚填寫，如有塗改，請於塗改處簽名確認。

要保人 (要保單位)		代表人		統一編號										
聯絡地址	□□□			聯絡電話										
<small>(本公司各項通知之送達以聯絡地址為準，恕不接郵政信箱，如有變更時要保人應立即以書面通知本公司)</small>														
被保險人	詳被保險人名冊			與要保人之關係										
保險期間	自民國 年 月 日翌日零時起為期一年(所載日時以中原標準時間為準)													

商品名稱	保險金額 (單位:新台幣元)	聲明事項
安達產物新團體傷害保險	詳	1. 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。 2. 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。 3. 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。
安達產物團體傷害醫療保險附約		
安達產物失能增額給付團體傷害保險附加條款	名	
安達產物重大燒燙傷團體傷害保險附加條款		
安達產物居家療養保險金團體傷害保險附加條款	冊	
安達產物團體保險被保險人異動通知附加條款		
安達產物國際制裁限制除外不保附加條款		
(以下空白)		

總保險費： 元

受益人	1. 身故或喪葬費用保險金受益人：詳被保險人名冊，若未指定，以被保險人之法定繼承人為受益人。 2. 各項醫療保險金或失能保險金受益人限被保險人本人，本公司不受理其變更或指定。
注意事項	1. 本要保書僅為契約的構成部份，其餘約定請參閱保險單內容，以為依據。 2. 被保險人若因非約定之事故而致保險契約效力終止時，本公司將退還未到期保險費給要保單位。

■本人(要保人)已受告知並瞭解所投保商品之重要內容及投保須知等相關事宜。

要保人(要保單位)簽章：

申請日期： 年 月 日

■以下由保險經紀人/代理人與保險公司填寫：

單位名稱	單位代號	業	簽名：	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 受理章	保險公司 核保章
		務	登錄證號：				
		員	手機號碼：				
			EMAIL：				