

美商安達產物保險  
青年海外度假打工保險專案

CHUBB®

Chubb  
Travel  
Insurance

保障內容及保費(單位：新台幣)

| 保險商品名稱                                   | 基本保障內容               | 計畫A    | 計畫B    | 計畫C     | 計畫D     |
|------------------------------------------|----------------------|--------|--------|---------|---------|
| 安達產物青年海外旅行綜合保險                           | 意外傷害身故或喪葬費用、殘廢保險金    | 100萬元  | 200萬元  | 300萬元   | 300萬元   |
|                                          | 重大燒燙傷保險金(註1)         | 25萬元   | 50萬元   | 75萬元    | 75萬元    |
|                                          | 旅行文件損失保險(註2)         | 5,000元 | 5,000元 | 5,000元  | 5,000元  |
|                                          | 班機延誤保險(註2)           | 3,000元 | 3,000元 | 3,000元  | 3,000元  |
|                                          | 行李遺失保險(註2)           | 2萬元    | 2萬元    | 2萬元     | 2萬元     |
|                                          | 行李延誤費用保險(註2)(註3)     | 4,500元 | 4,500元 | 4,500元  | 4,500元  |
|                                          | 班機延誤失接保險((註2)        | 2,000元 | 2,000元 | 2,000元  | 2,000元  |
| 安達產物傷害醫療保險給付附加條款(保險金額為保險期間內累積最高賠償金額)     | 實支實付傷害醫療保險金額         | 20萬元   | 30萬元   | 50萬元    | 150萬元   |
| 安達產物青年海外突發疾病健康保險(註4)(保險金額為保險期間內累積最高賠償金額) | 海外突發疾病住院醫療費用保險金      | 20萬元   | 30萬元   | 50萬元    | 150萬元   |
|                                          | 海外突發疾病門診醫療費用保險金(含急診) | 2,000元 | 3,000元 | 5,000元  | 15,000元 |
| 安達產物返國繼續住院保險金附加條款                        | 返國繼續住院保險金(註5)        | 5萬元    | 5萬元    | 5萬元     | 5萬元     |
| 年繳總保費(NT\$)                              | 紐澳地區                 | 4,852元 | 6,826元 | 9,881元  |         |
|                                          | 歐洲地區                 | 5,112元 | 7,207元 | 10,496元 | 22,413元 |
|                                          | 其他(不含美、加)            | 3,580元 | 4,957元 | 6,858元  |         |

- 註1：保險期間內給付以一次為限。
- 註2：旅行文件損失保險、班機延誤保險、行李遺失保險、行李延誤費用保險及班機延誤失接保險之各項保障內容於保險期間內最高給付兩次為限。
- 註3：行李延誤費用保險不包含返台後之行李延誤。
- 註4：安達產物青年海外突發疾病健康保險所稱「突發疾病」係指被保險人非係以獲得海外醫療為目的，並在每次出國前九十天以內未曾接受過該項疾病之診斷、治療或用藥，且需即時在醫院或診所治療始能避免損害身體健康之疾病；若該項疾病已完全治療痊癒而在海外期間再度發生者，亦視為突發疾病。
- 註5：返國繼續住院醫療係指於海外實際住院治療而於返國前一日內始出院，並因同一疾病於入境後一日內住院治療者。
- 註6：其它事項請詳條款內容規定。

安達海外急難援助服務(白金卡)

| 投保計畫別 | 計畫A   | 計畫B   | 計畫C   | 計畫D   |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| 額度上限  | 美金2萬元 | 美金3萬元 | 美金5萬元 | 美金5萬元 |

- 若被保險人在本公司為二份(含)以上保險契約之被保險人時，該被保險人享有之海外急難援助服務以一份為限
- 詳細內容請參閱美商安達保險海外急難援助服務內容

全球海外急難援助服務內容(美商安達保險提供之「緊急醫療」協助費用負擔總金額上限美金五萬元)

| 旅遊協助                                                                                                                   | 醫療協助                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 行前資訊<br>(簽證及檢疫注射/天氣/外幣匯率/航班資訊)<br>2. 通譯／秘書推薦服務<br>3. 護照遺失協助<br>4. 行李遺失詢問<br>5. 法律協助<br>6. 使領館相關資訊提供<br>7. 緊急資訊/文件傳送 | 1. 電話醫療諮詢<br>2. 推薦醫療服務機構及預約安排<br>3. 推薦醫師診療服務<br>4. 緊急預定機票及飯店<br>5. 特殊醫療用品專送<br>6. 安排入院許可<br>7. 住院時病況觀察<br>8. 代墊住院醫療費用<br>9. 安排緊急醫療轉送<br>10. 安排緊急醫療轉送回國<br>11. 安排遺體骨灰運送回國或當地安葬<br>12. 安排親友前往處理後事機票及住宿<br>13. 安排親友前往探視及住宿<br>14. 安排未成年子女返國(回國經濟艙機票) |

## 美商安達產物保險 青年海外度假打工 保險專案



### 投保規定及說明

- 本專案為一年期之非保證續保商品。
- 承保年齡：18足歲至35歲之中華民國國民。
- 本專案限度假打工為目的(不含遊、留學)。
- 投保時須檢附度假打工簽證影本。
- 工作性質以合法且經本公司同意承保之工作為限(例如餐廳服務生、旅館清潔人員、農場、水果園……等)。
- 前往美加地區打工者不予承保。
- 續保流程：在國外辦理續保時，須提供經外交部駐外館處文書驗證之相關投保文件(請參照公布於安達官網『度假打工專案續保作業流程』)。
- 安達產物保險股份有限公司台灣分公司保留最終承保與否之權利。

### 商品文號

安達產物青年海外旅行綜合保險【旅行文件損失保險、班機延誤保險、行李遺失保險、行李延誤費用保險、班機延誤失接保險、身故保險金或喪葬費用保險金、失能保險金、重大燒燙傷保險金】104.04.09安達商字第1040130號函備查；109.03.06依108.04.09金管保壽字第10804904941號函及108.06.21金管保壽字第10804920500號函修正。安達產物傷害醫療保險給付附加條款【傷害醫療保險金】104.04.09安達商字第1040132號函備查；109.03.06依108.04.09金管保壽字第10804904941號函及108.06.21金管保壽字第10804920500號函修正。安達產物青年海外突發疾病健康保險【海外突發疾病住院醫療費用保險金、海外突發疾病門診醫療費用保險金】104.04.09安達商字第1040131號函備查；109.03.06依108.04.09金管保壽字第10804904941號函及108.06.21金管保壽字第10804920500號函修正。安達產物返國繼續住院保險金附加條款【返國繼續住院保險金】104.04.09安達商字第1040133號函備查；109.03.06依108.04.09金管保壽字第10804904941號函及108.06.21金管保壽字第10804920500號函修正。安達產物國際制裁限制除外不保附加條款107.09.03安達商字第1070554號函備查。

### 商品特色 - 最優質的度假打工專屬計畫：

1. 最保險
  - 一次投保一整年，保障天天不中斷。
2. 最優惠
  - 每天不到29元，便享有一整年意外險300萬+意外醫療50萬+海外突發疾病醫療50萬+海外旅遊不便險全方位保障。
3. 最完整
  - 意外傷害+意外醫療+海外突發疾病醫療+海外旅遊不便險四重保障一次購足。
  - 海外旅遊不便險包含：旅行文件損失/行李延誤 / 搭機期間行李遺失 / 班機延誤 / 班機延誤失接。
  - 增加海外突發疾病返國繼續住院治療保險金。
4. 最安心
  - 享有365天全年度海外急難援助服務：
    - (1) 中英文電話服務，聯絡溝通無障礙。
    - (2) 安排緊急醫療轉送。
    - (3) 安排遺體骨灰運送回國或當地安葬。
    - (4) 安排親友前往探視。

### 關於美商安達產物保險

美商安達產物保險股份有限公司成立於西元1792年，擁有二百多年的悠久歷史及豐富的國際商業保險經驗，在台經營三十餘年，為在台最早設立的外商保險公司。本分公司所隸屬之安達保險集團(Chubb Group)，為全球最大上市產物保險公司集團，2019年底總資產超過1730億美元，於蘇黎世、紐約、倫敦、巴黎皆設有據點，分支機構遍布全球五十四個國家及地區，並擁有大約33,000名員工提供周延的保險規劃與理賠服務。集團總公司Chubb Limited為紐約證券交易所掛牌上市公司(NYSE:CB)及S&P 500指數成份股公司，總部設於瑞士蘇黎世，獲得S&P給予“AA”及A.M. Best給予“A++”信用評等之肯定，具備堅強之財務實力且信用卓越。我們熟悉各國當地語言、保險法規、保險規劃及理賠等專業技術，無論對於本地公司、跨國企業或個人，都能就近提供周延的保險規劃、理賠需求及客戶服務。

### 聯絡我們

美商安達產物保險股份有限公司  
台灣分公司  
110台北市信義區信義路五段8號10樓  
O +886. 2. 8758. 1800  
F +886. 2. 2355. 1888  
www.chubb.com/tw

免付費服務專線電話：0800-818-918

傳真專線：  
(北)0800-586-100  
(中)0800-888-206  
(南)0800-888-276

### 注意事項

- 消費者投保前應審慎瞭解本保險商品之承保範圍，除外不保事項及產品風險。
- 消費者於購買前，應詳閱各種銷售文件內容，本商品之預定費用率最高38%，最低38%；如要仔細了解其他相關資訊，請洽本分公司業務員、服務據點（台北市信義路五段8號10樓，免付費服務暨申訴專線電話：0800-339-899）或網站（<https://www.chubb.com/tw>），以保障您的權益。
- 欲查閱本分公司資訊公開說明文件，請至本分公司網站或來電0800-608-989索取。
- 本保險為非保單續保之保險商品，依保險法及其他相關規定受保險安定基金保障；本保險非存款商品，不受存款保險保障。
- 本商品內容、費率、保險給付相關條件、年齡、金額等資格，與其他未盡事宜，悉依保單條款規定為準，本簡介之內容**僅供參考**，本分公司保留最終承保與否之權利。
- 本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合保險精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險業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。
- 本保險所稱之「住院」，係指被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者，但不包含全民健康保險第五十一條所稱之日間住院及精神衛生法第三十五條所稱之日間留院。保險公司辦理理賠作業於需要時會參據醫學專業意見審核被保險人住院之必要性。

©2020 Chubb Group。Chubb保險集團所提供之保障可能為旗下一間或多間公司所承保。並非所有司法管轄區域內均提供該等保障。

Chubb®、Chubb標誌®及Chubb insured.™ 乃Chubb保險集團的註冊商標。

Chubb. Insured.™

印製日期:20200601製 CHUBBITA097

1. 本公司資訊公開說明文件，請查閱本公司網址：<https://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保險精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險業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。

| 商品名稱                                          | 保障內容/保險金額(單位:新台幣元) | 方案 A     | 方案 B     | 方案 C     |
|-----------------------------------------------|--------------------|----------|----------|----------|
| 安達產物青年海外旅行綜合保險                                | 意外傷害身故或喪葬費用、失能保險金  | 100 萬元   | 200 萬元   | 300 萬元   |
|                                               | 重大燒燙傷保險金(註 1)      | 25 萬元    | 50 萬元    | 75 萬元    |
|                                               | 旅行文件損失保險(註 2)      | 5,000 元  | 5,000 元  | 5,000 元  |
|                                               | 班機延誤保險(註 2)        | 3,000 元  | 3,000 元  | 3,000 元  |
|                                               | 行李遺失保險(註 2)        | 20,000 元 | 20,000 元 | 20,000 元 |
|                                               | 行李延誤費用保險(註 2)(註 3) | 4,500 元  | 4,500 元  | 4,500 元  |
|                                               | 班機延誤失接保險(註 2)      | 2,000 元  | 2,000 元  | 2,000 元  |
| 安達產物傷害醫療保險給付附加條款<br>(保險金額為保險期間內累積最高賠償金額)      | 實支實付傷害醫療保險金限額      | 20 萬元    | 30 萬元    | 50 萬元    |
| 安達產物青年海外突發疾病健康保險<br>(註 4)(保險金額為保險期間內累積最高賠償金額) | 海外突發疾病住院醫療費用保險金限額  | 20 萬元    | 30 萬元    | 50 萬元    |
|                                               | 海外突發疾病門診醫療費用保險金限額  | 2,000 元  | 3,000 元  | 5,000 元  |
| 安達產物返國繼續住院保險金附加條款(註 5)                        | 返國繼續住院保險金          | 5 萬元     | 5 萬元     | 5 萬元     |
| 年 繳<br>總保費                                    | 紐澳地區               | 4,852 元  | 6,826 元  | 9,881 元  |
|                                               | 歐洲地區               | 5,112 元  | 7,207 元  | 10,496 元 |
|                                               | 其他地區(不含美、加)        | 3,580 元  | 4,957 元  | 6,858 元  |

■安達產物國際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，亦不負擔賠償保險金及任何利益之責任。

註 1：保險期間內給付以一次為限。註 2：旅行文件損失保險、班機延誤保險、行李遺失保險、行李延誤費用保險及班機延誤失接保險之各項保障內容於保險期間內最高給付兩次為限。註 3：行李延誤費用保險不包含返台後之行李延誤。註 4：安達產物青年海外突發疾病健康保險所稱「突發疾病」係指被保險人非係以獲得海外醫療為目的，並在每次出國前九十天以內未曾接受過該項疾病之診斷、治療或用藥，且需即時在醫院或診所治療始能避免損害身體健康之疾病；若該項疾病已完全治療痊癒而在海外期間再度發生者，亦視為突發疾病。註 5：返國繼續住院醫療係指於海外實際住院治療而於返國前一日內始出院，並因同一疾病於入境後一日內住院治療者。

## 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                                                                                                                                                                                    | (要保人須為 20 歲以上)                                                                                                                 |     | 出生日期    | 民國 | 年                                                                    | 月                        | 日  | 身分證字號 |                              |      |                                  |  |    |        |  |  |  |  |  |
| 聯絡電話                                                                                                                                                                                     | 日( )                                                                                                                           | 分機: | 夜( )    |    |                                                                      |                          |    | 手機:   |                              |      |                                  |  | 關係 | 係被保險人之 |  |  |  |  |  |
| 聯絡地址                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>(本公司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) |     |         |    |                                                                      |                          |    |       |                              |      |                                  |  |    |        |  |  |  |  |  |
| 被 保 險 人                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 同要保人                                                                                                  |     | 出生日期    | 民國 | 年                                                                    | 月                        | 日  | 身分證字號 |                              |      |                                  |  |    |        |  |  |  |  |  |
| 聯絡地址                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>(本公司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) |     |         |    |                                                                      |                          |    |       |                              |      |                                  |  |    |        |  |  |  |  |  |
| 旅行目的                                                                                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 度假打工                                                                                       |     | 申請入境國家  |    |                                                                      | 入境城市                     |    |       |                              | 工作內容 |                                  |  |    |        |  |  |  |  |  |
| 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) |    | 繳費方式  | <input type="checkbox"/> 信用卡 |      | <input type="checkbox"/> 匯款/郵政劃撥 |  |    |        |  |  |  |  |  |
| 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？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是                                                                                                |                                                                                                                                |     |         |    |                                                                      |                          |    |       |                              |      |                                  |  |    |        |  |  |  |  |  |
| 被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，如勾選是者，請提供相關證明文件。                                                                                              |                                                                                                                                |     |         |    |                                                                      |                          |    |       |                              |      |                                  |  |    |        |  |  |  |  |  |
| 身故保險金受益人：1.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。2.指定受益人若超過一人，未註明保險給付比例或順位，則以均分方式辦理。3.如無指定者，則以被保險人之法定繼承人為受益人。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。 |                                                                                                                                |     |         |    |                                                                      |                          |    |       |                              |      |                                  |  |    |        |  |  |  |  |  |
| 姓 名                                                                                                                                                                                      | 身分證字號                                                                                                                          |     | 與被保險人關係 |    | <input type="checkbox"/> 順位 <input type="checkbox"/> 分配比例<br>(請加註序號) |                          | 電話 |       | 聯絡地址                         |      |                                  |  |    |        |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 不同意提供身故保險金受益人聯絡地址及電話                                                                                                                                            |                                                                                                                                |     |         |    |                                                                      |                          |    |       |                              |      |                                  |  |    |        |  |  |  |  |  |

## 注意事

本保險契約之生效日，以本公司核保通過且要保人繳付保險費或其指定之信用卡扣款或帳戶轉帳成功後，溯及保險單上所載之日時。

## 聲明事項

- 本人(被保險人)同意 貴公司得蒐集、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 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。
- 本人已審閱並瞭解 貴公司所提供之「投保須知」，另依「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，本人已瞭解 貴公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。
- 本人(被保險人、要保人)同意 貴公司就本人之個人資料，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 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，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。

■本人已知悉本要保書所載「聲明事項」之內容，並同意接受其相關內容之約束。

■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。

查詢不保事項請掃描 QR 碼

要保人簽名：

未成年人其法定代理人簽名：

被保險人簽名：

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：

保險經紀人/代理人受理編號：

|            |             |             |         |
|------------|-------------|-------------|---------|
| 單位名稱/代號    | 保險經紀/代理人受理日 | 保險經紀/代理人簽署章 | 保險公司受理欄 |
| 業務員簽名/員工編號 |             |             |         |
| 登錄證號/手機    | 受理編號：       | 職級：         |         |

(以下非要保書之一部份)

度假打工專案 2020.01.01

是否需要英文投保證明？否 ☐ 是 ☐ (請填妥下方資料，並檢附護照影本)

### 英文投保證明申請表格

|      |                                                                                                                                |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 英文姓名 | (與護照相同, 請用正楷填寫)                                                                                                                |
| 護照號碼 |                                                                                                                                |
| 寄送方式 | <input type="checkbox"/> 隨保單正本一併寄送<br><input type="checkbox"/> 先寄送英文投保證明電子檔〔請務必填寫電子郵件信箱E-MAIL, 下列二擇一〕<br>保戶電子郵件信箱E-MAIL: _____ |

### 投保度假打工專案需檢附之文件

- ☐ 要保文件(要保書/業務員報告書)  
☐ 信用卡授權書或保費付款證明  
☐ 度假打工簽證影本  
☐ 護照影本(申請英文投保證明時須檢附)

### 保險需求及適合度評估暨業務員報告書(人身保險適用)

- 要保人姓名: \_\_\_\_\_ 被保險人姓名: \_\_\_\_\_ ☐ 同要保人
1. 投保目的與需求: ☐ 增加保障 ☐ 風險移轉 ☐ 其他: \_\_\_\_\_
2. 招攬經過: ☐ 親友 ☐ 保戶介紹 ☐ 職域開拓 ☐ 陌生拜訪 ☐ 主動投保並說明原因: \_\_\_\_\_  
☐ 其他: \_\_\_\_\_
3. 被保險人國籍: ☐ (1) 本國籍 ☐ (2) 外國籍, 國籍: \_\_\_\_\_
4. 被保險人身體健康狀況: ☐ 正常/普通 ☐ 其他, 請說明: \_\_\_\_\_
5. 身故保險金受益人若非為被保險人之配偶、直系親屬、法定繼承人, 或其順位及應得比例非適用民法繼承編規定者, 請說明關係: \_\_\_\_\_ 原因: \_\_\_\_\_
6. 繳交保險費的資金來源 ☐ 工作收入 ☐ 存款 ☐ 保單借款 ☐ 保單解約 ☐ 貸款 ☐ 其他: \_\_\_\_\_
7. 投保前三個月內客戶是否有辦理終止保險契約、貸款或保險單借款?(可複選) ☐ 終止保險契約 ☐ 貸款 ☐ 保單借款 ☐ 以上皆無
8. 要保人/被保險人或家中主要經濟來源者之財務狀況:  
(1) 家中主要經濟來源者為被保險人 ☐ 本人 ☐ 配偶 ☐ 父母 ☐ 子女 ☐ 其他: \_\_\_\_\_  
(2) 工作年收入與其他收入(新台幣): \_\_\_\_\_

|         | 被保險人                                                                | 要保人(與被保險人同一人無須填寫)                                                   |
|---------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 個人工作年收入 | 萬                                                                   | 萬                                                                   |
| 其他收入    | 萬 收入來源 <input type="checkbox"/> 投資 <input type="checkbox"/> 租金(可複選) | 萬 收入來源 <input type="checkbox"/> 投資 <input type="checkbox"/> 租金(可複選) |
| 家庭年收入   | 萬                                                                   | 萬                                                                   |

#### 9. 要保人

|                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A. 自然人                                                                                                                                                            | B. 法人                                                                                                                            |
| 職業 <input type="checkbox"/> (1) 一般職業 <input type="checkbox"/> (2) 註一所列職業                                                                                          | 設立時間: 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日                                                                                                 |
| 國籍 <input type="checkbox"/> (1) 本國籍 <input type="checkbox"/> (2) 外國籍, 國籍: _____                                                                                   | 負責人: _____                                                                                                                       |
| 過去一年內要保人是否居住於中華民國境外超過半年以上?<br><input type="checkbox"/> (1) 否 <input type="checkbox"/> (2) 是, 請說明居住國家(地區): _____                                                   | 行 業: <input type="checkbox"/> (1) 一般行業 <input type="checkbox"/> (2) 註一所列行業                                                       |
| 要保人購買保險商品時, 是否對於保障內容或給付項目完全不關心, 抑或對於具高保單價值準備金或具高現金價值或躉繳保費之保險商品, 僅關注保單借款、解約或變更受益人等程序?<br><input type="checkbox"/> (1) 否 <input type="checkbox"/> (2) 是, 請說明: _____ | 註冊地: <input type="checkbox"/> (1) 本國 <input type="checkbox"/> (2) 外國, 國家: _____                                                  |
|                                                                                                                                                                   | 法人是否得發行無記名股票?<br><input type="checkbox"/> (1) 否 <input type="checkbox"/> (2) 是 <input type="checkbox"/> 已發行者, 已採取適當措施確保其實際受益人之更新 |
|                                                                                                                                                                   | 客戶屬性: <input type="checkbox"/> 非專業客戶 <input type="checkbox"/> 專業客戶(詳註二)                                                          |

註一: 律師、會計師、公證人, 或是其合夥人或受僱人。軍火商、不動產經紀人。當舖業、融資從業人員。寶石及貴金屬交易商。藝術品/骨董交易商、拍賣公司。基金會、協會/寺廟、教會從業人員。博產產業/公司。匯款公司、外幣兌換所。外交人員、大使館、辦事處。虛擬貨幣的發行者或交易商。

註二: 專業客戶: 要保人或被保險人符合以下條件之一者: (1) 依金融消費者保護法第四條第二項授權規定之專業投資機構; 國內外之銀行業、證券業、期貨業、保險業(不包括保險代理人、保險經紀人及保險公證人)、基金管理公司及政府投資機構; 國內外之政府基金、退休基金、共同基金、單位信託及金融服務業依證券投資信託及顧問法、期貨交易法或信託業法經理之基金或接受金融消費者委任交付或信託移轉之委託投資資產; 其他經主管機關認定之機構。 (2) 要保人或被保險人為法人, 接受本公司提供保險商品或服務時最近一期之財務報告總資產達新臺幣五千萬元以上。

10. 要保人或被保險人是否是現任(或曾任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務人士(如: 中央或地方民意代表、公務機關首長)?  
☐ (1) 否 ☐ (2) 是, 請說明: \_\_\_\_\_

11. 要保人及被保險人是否投保其他商業保險: ☐ 否 ☐ 是, 公司名稱: \_\_\_\_\_

12. 其他有利核保資訊(補充說明): \_\_\_\_\_

#### ※業務員聲明事項

1. 要保書之被保險人職業及告知事項, 確實經本人向要、被保險人說明; 並確認要保人、被保險人及受益人之身分及關係, 且親晤要保人、被保險人及法定代理人親自簽名。
2. 本人向要、被保險人招攬時, 已評估過要、被保險人收入、財務狀況、職業與保險費之負擔能力及保險金額的相當性, 要保人確已了解其所繳保費係用以購買保險商品, 並於面見要、被保險人後作成本保險需求及適合度評估暨業務員報告書, 且遵守「保險業防制洗錢及打擊資助恐怖主義注意事項」及「金融消費者保護法」事項, 如有不實致美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司受損害時, 願負賠償之責, 特此聲明。
3. 本人已向要保人說明本次購買保險商品之重要內容、繳費方式、相關費用、本保險商品受有保險安定基金之保障以及申訴管道。

招攬單位: \_\_\_\_\_ 業務員簽名: \_\_\_\_\_ 簽署人章: \_\_\_\_\_

## 信用卡付款授權書

☐現金匯款 請將保費郵政劃撥存入 戶名：美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司 帳號：50143752

☐ATM轉帳 請將保費匯入 台新國際商業銀行812 帳號：068-01-120933-6-00

☐信用卡 (☐ VISA ☐ Master Card ☐ JCB ☐ 聯合信用卡)

### 信用卡扣款授權書：

立授權書人(以下簡稱本人)授權發卡機構於美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司(以下簡稱貴公司)同意承保上列保險契約後，自本指定信用卡帳戶扣繳應繳付之首期及續期(保)保險費，如因授權書內容填寫錯誤或其他原因致無法代扣保險費，本授權書效力立即終止，但其情形得於補正者不在此限。若信用卡因故毀損、掛失或有效期間屆滿等原因而製作新卡時，本授權書對新卡仍具效力；但若信用卡卡號因此變更者，本授權書之效力自動終止。要保人於接獲續保通知後未能於保險期間屆滿前繳交續保保險費者，視為不同意續保。本授權書未記載事項，悉依相關法令規定辦理。

信用卡授權人姓名：\_\_\_\_\_

信用卡授權人身分證字號：\_\_\_\_\_

發卡銀行：\_\_\_\_\_ (請務必填寫)

信用卡號：\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 信用卡有效期限：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (月/年)(與信用卡相符)

信用卡授權人簽名：\_\_\_\_\_ (須與信用卡之簽名樣式相同)

與要/被保人關係：☐本人 ☐配偶 ☐父母 ☐子女 ☐兄弟姐妹 ☐受益人

## 產險業履行個人資料保護法告知義務內容

美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司(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(〇九三)；(二)人身保險(〇〇一)；(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：(一)姓名；(二)身分證統一編號；(三)聯絡方式；(四)其他：詳如相關業務申請書或契約書內容。

三、個人資料來源(個人資料非由當事人提供，而為間接蒐集之情形適用)

(一)要保人/被保險人；(二)司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構；(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、地區及方式：

(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：以書面或客服專線(0800-339-899)通知本公司。

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。

受告知人：\_\_\_\_\_ (簽章)

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

註：本公司履行上開告知義務，不限書面或取得當事人簽名，縱無簽署亦不影響告知效力。

## 人身保險投保人須知

- 一、投保時，業務員會主動出示登錄證，並告知其授權範圍；如未主動出示或告知，應要求其出示並詳細告知。  
說明：保險業務員管理規則第八條規定：「業務員於招攬保險時，應出示登錄證，並告知授權範圍。」如業務員未主動出示或告知，要保人應向其提出要求以確保本身之權益。
- 二、告知義務：要保人及被保險人應誠實告知，否則保險公司得解除契約；保險事故發生後亦同。  
說明：（一）保險法第六十四條規定：「訂立契約時，要保人對於保險人之書面詢問，應據實說明」又「要保人有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，保險人得解除契約；其危險發生後亦同。但要保人證明危險之發生未基於其說明或未說明之事實時，不在此限。」前項解除契約權，自保險人知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅；或契約訂立後經過二年，即有可以解除之原因，亦不得解除契約。」（二）因保險契約是最大誠信契約，所以要保人及被保險人在要保時應將要保書內各項詢問事項，都需要實實在在詳詳細細的說明或填寫清楚，不能有遺漏、隱瞞或告知不實情事。（例如：被保險人過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？應據實告知）否則，保險公司在契約訂定後二年內可以解除契約（不過，保險公司須在知有解除原因後一個月內行使）；即使事故發生後亦不負賠償責任，除非要保人（或被保險人）能證明保險事故發生原因與未告知事項無關。且因未盡告知義務解除契約時，其已繳的保險費不須退還，這一點要保人或被保險人請特別注意以免遭受損失。
- 三、除外責任。  
說明：（一）保險公司依照保險法規定，有下列原因，可以不負賠償責任：1. 要保人或受益人故意致被保險人於死者（參考保險法第一二一條）。2. 被保險人訂約或復效之日起二年內故意自殺，或因犯罪處死或拒捕或越獄致死者（參考保險法第一〇九條）。（二）此外在保險單條款通常都有詳細訂明各種除外責任之範圍，可以參閱。
- 四、投保時，要保書應親自填寫及簽章，如本人不能書寫，得授權由家屬為之，但應註明其經過；業務員及保險公司於交付保險單及條款後，出具正式收據。為知道你投保的內容，及維護你的權益，如業務員及保險公司未主動提供時，請務必要求其提供。
- 五、本商品經本分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，應由本分公司及負責人依法負責。
- 六、保險責任始期及續期保險費過期而未繳付，保險契約會自動停止效力。  
說明：  
（一）保險公司的保險責任，自要保書約定日起生效，保險公司並應發給保險單作為承保的憑證。  
（二）保險費應於契約生效前交付，但另有約定者，不在此限。
- 七、投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者。  
說明：（一）解約金是要保人按時繳付保險費，在保險期間內終止契約，保險公司結算已繳付保險費扣除契約應分攤保險給付成本及各項費用後，經主管機關核定，應返還要保人的金額。（二）保險契約的終止，自保險公司收到要保人書面通知開始生效。
- 八、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。
- 九、本保險商品受財產保險安定基金之保障。  
說明：財產保險安定基金依保險法第一百四十三條之三第一項第三款規定，代保險業墊付要保人、被保險人及受益人依有效契約所得為請求之範圍，限於依保險法第六條設立之財產保險業及外國財產保險業在中華民國境內之總分支機構銷售之保險契約。
- 十、因投保契約所生紛爭之處理方式及申訴管道：  
說明：要保人或被保險人因投保之保險契約發生爭議，可以向本分公司（免費申訴電話：0800339899）、依金融消費者保護法設立之爭議處理機構或金融監督管理委員會申訴。
- 十一、本分公司依美國、聯合國、歐盟及中華民國等經濟制裁相關法令規定，就被保險人前往古巴、伊朗、北韓、蘇丹、敘利亞、克里米亞共和國、委內瑞拉或其他制裁國家所發生之保險事故，本分公司不予承保。