



# 安達人壽外幣不分紅人壽保險要保書(非投資型)\_A版

- ◎本公司資訊公開說明文件，請查閱本公司網址：[www.chubbliife.com.tw](http://www.chubbliife.com.tw) 或洽免付費服務專線0800-011709或至本公司查詢。
- ◎本保險為不分紅保險單，不參加紅利分配，並無紅利給付項目。
- ◎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。
- ◎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，並把握保單契約撤銷之時效(收到保單翌日起算十日內)。
- ◎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。
- ◎本保險為以外幣收付之非投資型人身保險契約，不得與以新臺幣收付之人身保險契約辦理契約轉換。

## 一、基本資料

※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。

被保險人	姓名	王小達		身分證字號(統一證號)	F123456789		
	出生日期	民國 75 年 7 月 1 日		國籍	<input checked="" type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其它_____		
	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	聯絡電話	(H) (02)81611988	(O) (02)27927257		
	E-mail	abclifetw@gmail.com		聯絡電話、行動電話 至少需留一支聯絡電話	0918555888		
	被保險人住所	110 台北市信義區信義路五段8號12樓					被保人若領有身心障礙手冊者，請提供相關文件
	※被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？			<input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (如勾選是者，請提供文件)			
※被保險人目前是否受有監護宣告？			<input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (如勾選是者，請提供相關證明文件)				
關係(係被保險人之)		<input type="checkbox"/> 本人 (若為本人請勾選，且下列要保人資料無需填寫，僅填 <b>紅框處</b> 即可) <input type="checkbox"/> 配偶 <input checked="" type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他：_____					
要保人	姓名	王大安		身分證字號(統一證號)	F198765432		
	出生日期	民國 48 年 10 月 01 日		國籍	<input checked="" type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其它_____		
	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	聯絡電話	(H) (02)81611988	(O) (02)87605888		
	E-mail	abclifetw@yahoo.com.tw		行動電話	0919333999		
	電子表單服務	<input checked="" type="checkbox"/> 同意本人於安達人壽所有保單以E-mail或簡訊方式提供相關電子單據或電子通知服務。(若未勾選逕以書面通知) ※未來E-mail或行動電話異動時，請務必通知本公司，以維護您的權益；電子表單項目可至本公司網站查詢。					
	職業(含兼職)	【服務單位】 退休		【工作內容】 退休			
要保人住所(聯絡地址)	<input checked="" type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 另列如右：		申請保戶園地，填寫的基本資料需與要保書留存資料相同		本公司將催告通知書及相關文書送達以要保人住所為準		
戶籍地址	<input checked="" type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 另列如右：						
保單類型	<input checked="" type="checkbox"/> 電子保單 <input type="checkbox"/> 紙本保單(條款 QR code) <input type="checkbox"/> 紙本保單		1. 若未指定則以「紙本保單」方式提供。 2. 選擇「紙本保單(條款QR code)」者，行動電話為必填。 3. 選擇「電子保單」者，要/被保人之行動電話為必填。				

申請電子表單服務，則要保人Email為必填欄位，且信箱不可與他人相同

要保書留存的手機號碼，不可與他人相同

二、受益人(若指定之受益人有兩人以上者，請註明分配方式)

項目	姓名/國籍	身分證字號 出生年月日	與被保險人 關係	聯絡地址、電話	分配方式
身故保險金或 喪葬費用保險 金 受 益 人	(1) 王大安 <input checked="" type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他：	F198765432 民國 48 年 10 月 01 日	父子	<input checked="" type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保人 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 均分 <input checked="" type="checkbox"/> 順位 (請註明順位) <input type="checkbox"/> 比例 (請註明比例)
	(2) 王小美 <input checked="" type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他：	F222333444 民國 69 年 04 月 28 日	姊弟	<input checked="" type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保人 <input type="checkbox"/> 其他：	
祝壽保險金 受 益 人	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他：	民國 年 月 日			<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位 (請註明順位) <input type="checkbox"/> 比例 (請註明比例)

1.書寫時，請勿超過欄位格子外  
2.若受益人非直系血親，須於業務員報告書中說明指定原因。  
3.法定繼承人不可勾選為"均分"  
\* 以上規定均為避免造成受益人認定上誤會

- 【身故保險金或喪葬費用保險金受益人】如係身分別之指定或要保人未填寫該受益人之聯絡地址及電話，則本公司以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後之通知依據。指定之受益人有兩人以上者，請務必指定分配方式。前述受益人如未指定者，依保單條款之相關約定辦理。如指定法定繼承人，其分配比例應依民法繼承編應繼分之相關規定辦理。
- 【祝壽保險金受益人】如未指定，則以要保人為受益人。
- 【完全失能保險金受益人】為被保險人本人，本公司不受理其變更或指定。
- 若依契約條款規定無該項保險金時，雖於受益人欄填寫受益人姓名仍不生效力。

最低投保保額2萬美元，最高承保保額300萬美元。其它特殊身分或職業者，投保限額依特殊投保規則辦理，請詳商品投保規則。

投保	美元利率變動型終身壽險 (RPISWLB)	約 定 幣 別	<input checked="" type="checkbox"/> 美元 <input type="checkbox"/> 其他：_____
保	60,000 元整	繳 費 年 期	6

1.使用金融機構代繳保險費授權書者，請將授權書編號填入要保書「繳費方式」欄位。  
2.選擇立碼驗方式授權繳費者，請至官網申請後，將手機收到的授權編號，填入要保書「繳費方式」欄位。

繳 別	<input checked="" type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳 (採月繳者，首期需繳二個月)
繳 費 方 式	首期： <input checked="" type="checkbox"/> 金融機構自動轉帳 <input type="checkbox"/> 匯款、郵局劃撥、自動櫃員機繳費 【金融機構自動轉帳授權編號：1120515001 or CB11205001】 續期： <input checked="" type="checkbox"/> 金融機構自動轉帳 <input type="checkbox"/> 自行繳費(含匯款、郵局劃撥、自動櫃員機繳費、便利商店繳費) 【金融機構自動轉帳授權編號：1120515001 or CB11205001】 *若選擇以金融機構自動轉帳者，授權編號欄位必填，並請檢附「金融機構代繳保險費授權書」。

自 動 墊 繳 (躉繳保單不適用)	<input checked="" type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 【要保人是否同意續期保險費未在寬限期屆滿前繳付時，以保單價值準備金自動墊繳本契約保險費及利息？】 ※要保人得於要保書或繳費寬限期間終了前以書面聲明，第二期以後的分期保險費於超過寬限期間仍未交付者，本公司應以本契約當時的保單價值準備金(如有保險單借款者，以扣除其借款本息後的餘額)自動墊繳其應繳的保險費及利息，使本契約繼續有效。墊繳保險費的利息，自寬限期間終了之日起，按墊繳當時本公司公告的保險費自動墊繳的利率計算，並應於墊繳日的翌日開始償付利息；但要保人自應償付利息之日起，未付利息已逾一年以上而經催告後仍未償付者，本公司得將其利息滾入墊繳保險費後再行計息。
----------------------	---

揭 露 事 項	1.保險費收取方式：要保人需以約定幣別之貨幣繳交保險費，且將應交付本公司之款項全額存入或匯入本公司指定之外匯存款帳戶。(相關約定請詳保單條款) 2.匯款相關費用及其負擔對象：本保單相關款項之收付，匯款銀行及中間行所收取之相關費用，由匯款人負擔之，收款銀行所收取之收款手續費，由收款人負擔。(相關約定請詳保單條款) 3.匯率風險說明：(1)匯兌風險：本保單相關款項之收付均以約定幣別為之，保戶須自行承擔就約定幣別與他種貨幣進行兌換時，所生之匯率變動風險。(2)政治風險：本保單約定幣別之匯率可能受其所屬國家之政治因素(大選、戰爭等)而受影響。(3)經濟變動風險：本保單約定幣別之匯率可能受其所屬國家之經濟因素(經濟政策法規的調整、通貨膨脹、市場利率調整等)而受影響。
---------	--

四、增值回饋分享金給付方式

◎若未指定增值回饋分享金給付方式之處理及其他有關增值回饋分享金之相關約定，請參閱保單條款。

◎若依保單條款約定，無增值回饋分享金或無該項給付方式者，雖勾選仍不生效力。

給付方式 保單年度	以下增值回饋分享金給付方式，僅適用於被保險人保險年齡達16歲之保單週年日起，被保險人保險年齡達16歲之保單週年日以前的給付方式，請依保單條款約定辦理。
第一至六 保單年度	<input type="checkbox"/> 抵繳保費 <input checked="" type="checkbox"/> 購買增額繳清保險
第七保單年度起	<input type="checkbox"/> 儲存生息 <input type="checkbox"/> 抵繳保費 <input type="checkbox"/> 購買增額繳清保險 <input checked="" type="checkbox"/> 現金給付 (限填寫要保人匯款帳號) 現金給付匯款資訊： 台新 銀行 凱蒂 分行 帳號： 112233445566

選擇現金給付，需提供要保人帳號，提供之帳戶須為外幣帳戶。

**五、告知事項** ※被保險人告知事項，請要保人及被保險人親自據實回答，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實的說明，足以變更或減少本公司對於危險之估計者，本公司得依保險法第六十四條規定解除本保險契約，其危險發生後亦同；另為維護您的權益請確實了解保險法127條「保險契約訂立時被保險人已在疾病或妊娠情況中者，保險人對是項疾病或分娩不負給付保險金之責任。」之規定。

身高(LBH1)	體重(LBW1)	服務單位	營業性質	工作內容(含兼職)	是	否
175 公分	65 公斤	CHUUB軟體設計(股)公司	科技業	程式設計工程師		<input checked="" type="checkbox"/>
1、過去兩年內是否曾因接受健康檢查有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)(LY21)					<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2、最近二個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？(LM21)					<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3、過去五年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？(LY51) (1)高血壓症(指收縮壓140mmHg舒張壓90mmHg以上)、狹心症、心肌梗塞、心肌肥厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤。(2)腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈硬化症、癲癇、肌肉萎縮症、重症肌無力、智能障礙(外表無法明顯判斷者)、巴金森氏症、精神病。(3)肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。(4)肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GOT、GPT 值檢驗值有異常情形者)。(5)腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。(6)視網膜剝離或出血、視神經病變。(7)癌症(惡性腫瘤)。(8)血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症。(9)糖尿病、類風濕性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下。(10)紅斑性狼瘡、膠原症。(11)愛滋病或愛滋病帶原。					<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4、過去一年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？(LY11) (1)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。(2)食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。(3)肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。(4)慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。(5)痛風、高血脂症。(6)被保險人身高、體重及健康問項請確實告知，上述若告知為「是」，請詳填下列資料。					<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5、過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？(LY52)					<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6、目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？(LD11)					<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7、女性被保險人回答：是否已確知懷孕？如是，已經_____週。(LWP1)					<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

上述若告知為『是』，請詳填下列資料：(LSD1)

1.診斷病名(外傷者含受傷部位) <b>COVID-19</b>	2.就診醫院 <b>凱蒂診所</b>	3.就診大約起訖時間 自 <b>112</b> 年 <b>04</b> 月至 <b>112</b> 年 <b>04</b> 月
4.治療方式(手術名稱/門診/住院/服藥) <b>視訊看診 / 口服抗病毒藥物</b>	5.現在狀況： <input checked="" type="checkbox"/> 無須追蹤治療 <input type="checkbox"/> 繼續追蹤治療：最近一次就診年月____年____月	

**六、聲明事項**

- 本人(被保險人)同意安達國際人壽保險股份有限公司(以下簡稱安達人壽)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)同意安達人壽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)同意安達人壽就本人之個人資料，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(要保人)已詳閱后附「匯率風險說明書」，並了解本保險係以約定外幣為收付幣別，持有本保險期間越長，匯率波動越難預測，匯率風險越高；本保險之保險費、保險給付、保險單借款、費用及其他款項之收付，皆以約定外幣進行，且須以外匯存款戶存儲之。本人或受益人向保險人領取各種外幣保險給付或本保險相關外幣款項後，如將前揭外幣款項兌換為新臺幣時，須自行承擔因匯率變動可能產生之匯兌損益及匯兌費用。業務員已確實告知上述情事。

請記得打勾

保險業招攬人員合格銷售資格證件、「要保書填寫說明」、「保險契約條款樣本」、「投保人須知」、「保險商品簡介」及「個人資料蒐集、處理及利用告知書」各乙份。	<input checked="" type="checkbox"/> 已審閱
業務員已充分說明保險費收取方式、匯款相關費用之負擔及商品所涉匯率風險及商品幣別所屬國家之政治、經濟變動風險等。本人(要保人)亦已詳閱「以外幣收付之非投資型人身保險匯率風險說明書」、「以外幣收付之非投資型人身保險客戶適合度調查評估表」並親自簽名確認。	<input checked="" type="checkbox"/> 已確認

請留意，要/被保人、法定代理人簽名欄位皆不可塗改。若塗改，須重換整份要保書。

若要/被保人為未成年人，則法定代理人需簽名及填寫相關資料。

(與要保人/被保險人關係：\_\_\_\_\_)

身分證字號(統一證號)：\_\_\_\_\_

國籍：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_

出生年月日：\_\_\_\_\_

法定代理人/監護人/輔助人簽名：\_\_\_\_\_

要保人簽名：王大安      被保險人簽名：王小達

申請日期：**112**年**05**月**15**日

※簽名欄請親自簽名，簽名欄若有塗改請重填要保書。  
※未滿七足歲者，請由法定代理人代為簽名；未成年人、受有監護宣告或輔助宣告尚未撤銷者，法定代理人/監護人/輔助人亦須簽名。

以下欄位由業務單位填寫

業務員聲明：(1)本人確認要保人、被保險人之身分、職業及工作內容與要保書填載內容核對無誤。  
(2)本要保書各欄及詢問事項，確經本人當面向要保人、被保險人說明，並由要保人、被保險人親自簽名無誤。

保單遞送方式：郵寄方式寄至「聯絡地址」    服務人員轉交    【無指定者逕由服務人員轉交，若選電子保單者限以email方式遞送】

保經/分支代號	保險業務員/經紀人/代理人簽名	受理編號	簽署人章
CHUBB001	李大富	1100101AA001	安達國際保險經紀人(股)有限公司 簽署人 郭小德
保經/分支名稱	業務員登錄字號/執業證號	聯絡手機或電話及分機	
總公司	023456789	0915123456	

保經分支代號及分支名稱，請勿漏填，以利判別送件單位。

新件送出時，請留意簽署欄位是否已蓋章