



安達人壽新好得利臺/外幣變額年金保險要保書

- ◎ 本公司資訊公開說明文件，請查閱本公司網址：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。

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		行動電話	0918555888	
	被保險人住所	110 台北市信義區信義路五段8號12樓				
	職業(含兼職)	【服務單位】	CHUUB軟體設計股份有限公司		【工作內容】	程式設計工程師
※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)		
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，僅填紅框處即可) <input type="checkbox"/> 配偶 <input checked="" type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他:					
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 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(含保單帳戶價值通知)	<input 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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					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_____					
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/被保險人之行動電話為必填。		

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
身故受益人	(1) 王大安	F198765432	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	F222333444	姊弟	<input checked="" type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保人 <input type="checkbox"/> 其他:	

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。前述受益人若為日
【身故受益人】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。
※被保險人之身故若發生於年金給付開始日前者，本公司將根據收齊保單條款約定申請文件後之次一個資產評價日計算之保單帳戶價值返還予要保人或其他應得之人，本契約效力即行終止。
※被保險人之身故若發生於年金給付開始日後者，如仍有未支領之年金餘額，本公司應將其未支領之年金餘額，依計算約定幣別年金金額之預定利率貼現至給付日，按約定一次給付予身故受益人或其他應得之人。

三、投保內容

主約險種	安達人壽新好得利變額年金保險(VA24TW2) 外幣變額年金保險(VA24FC2)	幣別	台幣
台幣最低保費為100,000元。 外幣各幣別限制請參閱核保規則。	100,000 元整	繳別	彈性繳納
年金給付開始日	第 43 保單週年日 (年金累積期間不得小於6年且被保險人保險年齡達65歲(含)後之一保單週年日,但不得超過保險年齡達80歲之保單週年日) *若未指定年金給付開始日時,本公司以被保險人保險年齡達70歲之保單週年日做為年金給付開始日。		
年金給付方式	<input checked="" type="checkbox"/> 年給付 <input type="checkbox"/> 半年給付 <input type="checkbox"/> 季給付 <input type="checkbox"/> 月給付 <input type="checkbox"/> 一次給付 (若未指定者,一律以「年給付」) <input type="checkbox"/> 指定下列投資標的扣費順序:若無指定,按右列順序由保單帳戶價值扣除之:價值中依當時各投資標的價值所佔比例計算後扣除。		
扣費順序	標的代碼	比例(%)	扣費順序
1	BCZIG002	100%	4
			6
繳費方式	自期: <input type="checkbox"/> 匯款、郵局劃撥、自動櫃員機繳費 <input checked="" type="checkbox"/> 金融機構自動轉帳 <input type="checkbox"/> 即期票(限臺幣) 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:1111201001 or CB11112011】 【金融機構自動轉帳授權編號:1111201001 or CB11112011】 *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」。		
投資標的收益分配或提減(撥回)投資資產指定帳戶(限要保人)	本公司依保單條款之規定扣除匯款相關費用後給付。 台新 銀行 凱蒂 分行 帳號: 112233445566 【若該收益分配或提減(撥回)金額低於分配當時本公司規定,或因要保人未提供帳號、提供之帳號錯誤或帳戶已結清以致無法匯款時,該次收益分配或提減(撥回)金額將改以投入與該投資標的相同幣別之貨幣帳戶;若本契約未提供相同幣別之貨幣帳戶,則改以投入新臺幣/美元貨幣帳戶。】		

若勾選此選項,每月保險相關費用收取方式,將按下列基金順序扣除。

標的最多可任選12檔,另投入之標的,請依各商品可連結基金為主,詳官網商品資訊。

投資標的分配比例之指定,需為整數百分比且總和為100%。

年金給付日須符合以下條件:
1.年金累積期間≥6年
2.年金給付日需介於被保險人保險年齡65~80間之保單周月日。

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。

四、聲明事項

- 本人(被保險人、要保人)同意安達國際人壽保險股份有限公司(以下簡稱安達人壽)與安達人壽保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,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,得為蒐集、處理及利用之權利。

選擇配息型基金,需提供要保人帳號,配息才可配到帳戶,若未提供將依條款給付。且外幣保單提供之帳戶須為外幣帳戶。

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」、「保險商品說明書」、「保險商品簡介」及「個人資料蒐集、處理及利用告知書」各乙份。 已審閱

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 07月 01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/代分支代號	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/代分支名稱	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	

通路代碼: CHUBB

保經代分支代號及分支名稱,請勿漏填,以利判別送件單位。

安達人壽受理章

新件送出時,請留意簽署欄位是否已蓋章

