



安達人壽牙齒保險要保書(面銷通路專用)

- ◎本公司資訊公開說明文件，請查閱本公司網址：www.chubblife.com.tw 或洽免付費服務專線 0800-011-709 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。
- ◎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）。
- ◎健康保險契約之被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時（除保險契約已使用脫退率計價者外），不論保險契約是否已領有任何一種保險金，保險公司應主動給付解約金或退還未到期保險費給要保人，但保險契約有解約金者，需以解約金方式給付。
- ◎被保險人因本契約生效日（或復效日）前已接受根管治療之恆齒而接受拔牙或裝設牙冠者，本公司不負給付「活動義齒保險金」、「固定義齒保險金」、「植牙保險金」及「牙冠保險金」的責任，詳請參閱保單條款。

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					性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	民國 75 年 7 月 1 日			
	身分證字號 (統一證號)	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	國籍	<input checked="" type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他
	聯絡電話	公司電話 (02) 81611988					住家電話 (02) 27927257			行動電話 0918555888			
	E-mail	abclifetw@gmail.com					聯絡電話、行動電話 至少需留一支聯絡電						
	被保險人住所	郵遞區號	縣	鄉鎮	村	鄰	信義	路	五	段	巷	8	號之
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	台北	市	信義	市區	里	街			弄	12	樓之
	※被保險人是否領有身心障礙手冊或					被保人若領有身心障礙手冊者，請提供相關文件			<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。）				
與被保險人關係	<input type="checkbox"/> 本人（若為本人請勾選，且下列要保人資料無須填寫，僅填 戶籍地址 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					性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	民國 48 年 10 月 01 日			
	身分證字號	F	1	9	8	7	6	5	4	3	2	國籍	<input checked="" type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他
	聯絡電話	公司電話 (02) 81611988					住家電話 (02) 87605888			行動電話 0919333999			
	E-mail	abclifetw@yahoo.com.tw											
	電子表單服務 (含保單帳戶價值通知)	<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。											
	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、選擇「電子保單」者，要/被保險人之行動電話為必填。 2、選擇「紙本保單（條款 QR code）」者，行動電話為必填。 3、若未指定則以「紙本保單」方式提供。						
要保人住所 (聯絡地址)	郵遞區號	縣	鄉鎮	村	鄰	信義	路	五	段	巷	8	號之	
	1110	台北	市	信義	市區	里	街			弄	12	樓之	
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：												
服務機構 (公司/學校名稱)	退休					工作內容 (含兼職)	退休						

要保留的手機號碼，不可與他人相同

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

申請保戶園地，填寫的基本資料需與要保書留存資料相同

二、受益人

◎【身故／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。前述受益人欄位不可空白，且指定之受益人有兩人以上者，請務必指定分配方式，若未指定或指定不明時，則以同一順位、均分方式辦理。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。

◎【滿期保險金受益人】如未指定，則以要保人為受益人。

保險金種類	受益人資料						順位	比例
	姓名	身分證字號	出生日期	聯絡電話	與被保險人關係	國籍		
身故／喪葬費用保險金	王大安	F198765432	民國 48 年 10 月 01 日	0910399399	父子	<input checked="" type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他	1	
	<input checked="" type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 指定地址：□□□							
	法定繼承人		民國 年 月 日			<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他	2	
	<input type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 指定地址：□□□							
	姓名	身分證字號	出生日期	聯絡電話	與被保險人關係	國籍		
	<input type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 指定地址：□□□							
	姓名	身分證字號	出生日期	聯絡電話	與被保險人關係	國籍		
<input type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 指定地址：□□□								
滿期保險金	姓名	身分證字號	出生日期	聯絡電話	與被保險人關係	國籍		
	<input type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 指定地址：□□□							
	姓名	身分證字號	出生日期	聯絡電話	與被保險人關係	國籍		
	<input type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 指定地址：□□□							
	姓名	身分證字號	出生日期	聯絡電話	與被保險人關係	國籍		
	<input type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 指定地址：□□□							
	姓名	身分證字號	出生日期	聯絡電話	與被保險人關係	國籍		

1. 『順位』跟『比例』僅能擇一欄位填寫，選擇『順位』者，請務必指定。選擇『比例』者，加總需為 100%。
 2. 『法定繼承人』僅能選擇『順位』繼承受益人非直系血親或配偶，請於業報書中說明原因。

三、投保內容

投保險種	安達人壽從齒健康全面型定期保險 (DRF)	繳費年期	保險金額
		<input checked="" type="checkbox"/> 繳費 10 年期 <input type="checkbox"/> 繳費 15 年期	保額 1 萬元
繳別	<input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input checked="" type="checkbox"/> 月繳 (採月繳者, 首期須繳二個月)		
自動墊繳	本保單如累積有保單價值準備金時, 是否同意於寬限期間後仍未繳齊應繳之保險費時, 本公司自動墊繳本保單主附約應繳之保險費及利息?		<input checked="" type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意
繳費方式	首期: <input type="checkbox"/> 金融機構轉帳 <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 銀行繳費 (含匯款、郵局劃撥、自動櫃員機繳費、便利商店繳費) 授權編號: 1120515001 CB11205001] 續期: <input type="checkbox"/> 金融機構轉帳 <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 銀行繳費 (含匯款、郵局劃撥、自動櫃員機繳費、便利商店繳費) 授權編號: 1120515001 CB11205001] 繳款者, 授權編號欄位必填, 並請檢附「金融機構代繳保險費授權書」。		

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、告知事項

被保險人告知事項: 請安達人壽保險代理人親自詢問。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 64 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第 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)	服務機構 (公司/學校名稱)	工作內容 (含兼職)
175 公分	65 公斤	CHUUB軟體設計(股)公司	程式設計工程師
1、是否曾因牙周病而導致牙齒脫落 (缺失) ?	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"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
2、是否正接受牙周病手術或治療? 或已確診牙周病而正			<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
3、是否有任何活動假牙?			<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
4、每星期是否有咀嚼一次或一次以上的檳榔?			<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
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)	2、就診醫院	3、就診大約起訖時間	
		自____年____月至____年____月	
4、治療方式 (手術名稱/門診/住院/服藥)	5、現在狀況: <input 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		

五、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、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。

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」及「個人資料蒐集、處理及利用告知書」各乙份。 已 審 閱

要保人簽名: 王大安	被保險人簽名: 王大安	<input type="checkbox"/> 同要保人/被保險人 (以下免填)
		與要保人/被保險人關係: _____
		出生日期: 民國____年____月____日
		身分證字號 (統一證號): _____
		聯絡電話: _____
		國籍: <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____
		法定代理人/監護人/輔助人簽名: _____
要/被保險人為不識字之成年人或雙目失明者見證欄		
見證人 1 簽名: _____	要保人/被保險人任一人不識字。見證人需簽名 (不可為招攬業務員/要保人/被保險人/※受益人) ※此欄位業務員勿簽名, 若誤簽名將照會重新填寫。	
身分證字號: _____		
關係: _____		
申請日期: 民國 112 年 05 月 15 日	若有塗改請重填要保書。 ※七足歲 (含) 以上未成年者, 須本人及其法定代理人簽名。 ※未成年人、受有監護宣告或受輔助宣告尚未撤銷者, 請法定代理人/監護人/輔助人簽名。	

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。

若有塗改請重填要保書。
 ※七足歲 (含) 以上未成年者, 須本人及其法定代理人簽名。
 ※未成年人、受有監護宣告或受輔助宣告尚未撤銷者, 請法定代理人/監護人/輔助人簽名。

以下欄位由業務單位填寫

※本人已核對要保人、被保險人（及法定代理人／監護人／輔助人）身分無誤，且本要保書各欄及詢問事項確均經本人詳細詢問，並親見要保人、被保險人（及法定代理人／監護人／輔助人）親簽本要保書。【執業之保險業務員／經紀人／代理人為業務招攬時，請於業務人員欄簽名。】

※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 號及分 支名稱 ，請勿 漏填， 以利判 別送件 單位。	保經／代分支代號	保險業務員／經紀人／代理人簽名								受理編號		保險經紀／代理人簽署人章	
	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	保險業務員登錄字號／執業證號								聯絡手機或電話分機			
總公司	0	2	3	4	5	6	7	8	9	0915123456		新件送出時，請留意 簽署欄位是否已蓋章	
格代碼：	專案代碼：												