



安達人壽福星高照變額萬能壽險要保書

◎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0800-061988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		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號(統一證號)	
	出生日期	民國 年 月 日	聯絡電話	(H)	(O)	
	被保險人住所	□□□	行動電話			
	*被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？		<input 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 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 紅框處 即可) <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他：				
要 保 人	申請保戶園地權限，信箱需與要保書留存一致。		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號(統一證號)	
	出生日期	民國 年 月 日	聯絡電話	(H)	(O)	
	E-mail	E-mail: <input type="checkbox"/> 申請電子表單服務(含保單帳戶價值通知,若未勾選逕以書面通知)	行動電話			
	職業(含兼職)	【服務單位】	【工			
	要保人住所(聯絡地址)	□同被保險人住所 □□□	將催告通知書及相關送達以要保人住所為準			
	戶籍地址	□同被保險人住所 □另列如右：	本項目若勾選"是"行動電話為必填欄位			
*以 QR Code 取代紙本保險契約條款		<input type="checkbox"/> 是(行動電話必填)	<input type="checkbox"/> 否	(若未指定則以「一般紙本」方式提供)		

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	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他：	民國 年 月 日		<input 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)
	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他：	民國 年 月 日		<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保人 <input type="checkbox"/> 其他：	
	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他：	民國 年 月 日		<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保人	
祝壽保險金 受 益 人	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他：	民國 年 月 日		1.書寫時，請勿超過欄位格子外 2.塗改簽名時，請勿簽於欄位格子內 3.若受益人非直系血親/配偶，須於業務員報報書中說明原因。 *以上規定均為避免造成受益人認定爭議	

- 【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。
【身故保險金或喪葬費用保險金受益人】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。
- 【祝壽保險金受益人】如未指定者，則以要保人為本契約祝壽保險金受益人。

三、投保內容

主險種類名稱	安達人壽福星高照變額萬能壽險	目標保險費	新臺幣	元整	超額保險費	定期定額：新臺幣_____元整																																		
	<input type="checkbox"/> 甲型 <input type="checkbox"/> 乙型 <input type="checkbox"/> 丙型 <input type="checkbox"/> 丁型 <input type="checkbox"/> 戊型		_____	_____		_____																																		
繳別	<input type="checkbox"/> 彈性繳納（首次繳費） <input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳（首期須 依繳別填寫每期目標保險費。另，彈性繳交之保險費，不得低於10萬元																																							
繳費方式	首期： <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"/> 即期支票 【金融機構自動轉帳授權編號：1100012345】																																							
	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） 【金融機構自動轉帳授權編號：1100012345】 *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」。																																							
基本保額	<input checked="" type="checkbox"/> 約定基本保額 新臺幣 <u>200萬</u> 元																																							
	<input type="checkbox"/> 彈性繳之首次繳納保險費總額乘上約定比例 【限彈性繳納（首次繳費）勾選】																																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">約定比例</th> <th rowspan="2">型別</th> <th colspan="8">保險年齡</th> </tr> <tr> <th>15足歲-30歲</th> <th>31歲-40歲</th> <th>41歲-50歲</th> <th>51歲-60歲</th> <th>61歲-70歲</th> <th>71歲-90歲</th> <th>91歲以上</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2"></td> <td>甲型/丁型/戊型</td> <td>190%</td> <td>160%</td> <td>140%</td> <td>120%</td> <td>110%</td> <td>102%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>乙型/丙型</td> <td>90%</td> <td>60%</td> <td>40%</td> <td>20%</td> <td>10%</td> <td>2%</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>	約定比例	型別	保險年齡								15足歲-30歲	31歲-40歲	41歲-50歲	51歲-60歲	61歲-70歲	71歲-90歲	91歲以上		甲型/丁型/戊型	190%	160%	140%	120%	110%	102%	100%	乙型/丙型	90%	60%	40%	20%	10%	2%	-	1.約定基本保額係指：參考核保規則最高/最低保額保費倍數表後，客戶約定之基本保額。 2.若客戶繳別為彈性繳，保額貼門檻法則，可直接勾選第二項「彈性繳之首期繳納保險費總額乘上約定比例」。				
約定比例	型別			保險年齡																																				
		15足歲-30歲	31歲-40歲	41歲-50歲	51歲-60歲	61歲-70歲	71歲-90歲	91歲以上																																
	甲型/丁型/戊型	190%	160%	140%	120%	110%	102%	100%																																
	乙型/丙型	90%	60%	40%	20%	10%	2%	-																																
若勾選此選項，每月保單管理費將按下列基金序號扣除	<input checked="" 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：一、由貨幣帳戶扣除；二、由保單帳戶價值中依當時各投資標的價值所佔比例計算後扣除。																																							
投資標的及保險相關費用收取方式	<table border="1"> <thead> <tr> <th>扣費順序</th> <th>標的代碼</th> <th>比例(%)</th> <th>扣費順序</th> <th>標的代碼</th> <th>比例(%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>BCAAB007</td> <td>50%</td> <td>4</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>BCAAB005</td> <td>50%</td> <td>5</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td>6</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						扣費順序	標的代碼	比例(%)	扣費順序	標的代碼	比例(%)	1	BCAAB007	50%	4			2	BCAAB005	50%	5			3			6												
扣費順序	標的代碼	比例(%)	扣費順序	標的代碼	比例(%)																																			
1	BCAAB007	50%	4																																					
2	BCAAB005	50%	5																																					
3			6																																					
投資標的的收益分配或提減（撥回）投資資產指定帳戶（限要保人）	本公司依「安達人壽福星高照變額萬能壽險保單條款」第十五條規定給付。 台○ 銀行 敦○ 分行 帳號： <u>112233445566</u> 【若該收益分配或提減（撥回）金額低於分配當時本公司之規定，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，則改以投入新臺幣貨幣帳戶。】 選擇配息型基金，需提供要保人帳號，配息才可配到帳戶。																																							

四、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。

身高(LBH1) 公分	體重(LBW1) 公斤	服務單位	營業性質	工作內容(含兼職)
----------------	----------------	------	------	-----------

請回答第 1-7 項，是否有告知為「是」之情事？

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) 是 否

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)

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、腦震盪、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。

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) 青光眼、白內障。(7) 乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血 (女性被保險人回答)。

5、過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？ (LY52)

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)

7、女性被保險人回答：是否已確知懷孕？ 如是，已經____週。 (LWP1)

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 110 年 5 月至 110 年 5 月
4. 治療方式 (手術名稱/門診/住院/服藥) 骨折部分上石膏	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) 同意英屬百慕達商安達人壽保險股份有限公司台灣分公司 (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载本人資料轉送產、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保險業務之範圍內，得為蒐集、處理及利用之權利。

保險業招攬人員合格銷售資格證件、「要保書填寫說明」、「保險商品說明書」、「保險商品簡介」及「個人資料蒐集、處理及利用告知事項」、已審閱

要保人簽名：_____ 被保險人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____

申請日期：111 年 06 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；
未滿二十足歲或受有監護宣告尚未撤銷者，法定代理人亦須簽名。

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： <input type="checkbox"/> 郵寄方式寄至「聯絡地址」 <input type="checkbox"/> 服務人員轉交 無指定者逕由服務人員轉交			
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
C00001	李大富		安達保險經紀人(股)有限公司 簽署人 陳小嘉
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	
板橋	023456789	0915123456	

通路代碼：

專案代碼：

安達人壽受理章：

重要事項告知書

1. 保單帳戶價值可能因費用收取或投資績效變動造成損失或為零。本商品所連結之一切投資標的無保本、提供定期或到期投資收益，最大可能損失為全部投資本金。要保人應承擔一切投資風險及相關費用。要保人於選定該項投資標的前，應確定已充分了解其風險與特性。
2. 稅法相關規定之改變可能會影響本險之投資報酬及給付金額。
3. 投資風險：本商品所連結之一切投資標的，其發行或管理機構以往之投資績效不保證未來之投資收益，除保險契約另有約定外，本公司不負投資盈虧之責，要保人投保前應詳閱商品說明書。
4. 匯率風險：本保險契約之約定幣別與投資標的如需轉換貨幣單位，則要保人須承擔可能產生之匯兌風險。
5. 本公司為協助防制洗錢交易、短線交易及履行相關法規所規定之投資標的交易應遵循事項，得依主管機關或投資標的發行公司之要求提供要保人之個人資料。
6. 要保人選擇連結的投資標的時，請留意①投資型保單所連結標的之配息或資產撥回機制來源可能為本金②投資人投資非投資等級債券基金不宜占其投資組合過高之比重③由於非投資等級債券之信用評等未達投資等級或未經信用評等，且對利率變動的敏感度甚高，故可能會因利率上升、市場流動性下降，或債券發行機構違約不支付本金、利息或破產而蒙受虧損，請投資人應審慎評估。
7. 要保人所繳交之保險費不得低於本公司規定之最低金額，且每次繳付之保險費金額不得低於本公司當時規定最低金額，亦不得超過本險報主管機關最高金額。
8. 保單帳戶價值之計算（請參閱保單條款第二條）：係指以新臺幣為單位基準，其價值係依本契約所有投資標的之投資標的價值總和加上尚未投入投資標的之金額；但於首次投資配置日前，係指依保單條款第二條第十二款方式計算至計算日之金額。
9. 本契約於要保人投保、每次繳交保險費及申請基本保額變更時，應符合保險費交付及基本保額變更的限制。（請參閱保單條款內容）
10. 本契約「首次投資配置日」（請參閱保單條款第二條）：根據保單條款第四條約定之契約撤銷期限屆滿之後的第一個資產評價日。
11. 保險單借款之條件：本契約有效期間內，要保人得向本公司申請保險單借款，其可借金額上限請參閱保單條款第三十六條。
12. 投資型壽險保單保險公司收取之相關費用一覽表（請參閱保單條款附表一）

費用項目	收取標準	
一、保費費用	依每次繳交之目標保險費及超額保險費，分別乘以下表所列費用率作為保費費用。	
	目標保險費/超額保險費(新臺幣)	費用率
	小於200萬(不含)	3.0%
	大於200萬(含)，小於1000萬(不含)	2.5%
	大於1000萬(含)，小於2000萬(不含)	2.0%
大於2,000萬(含)	1.5%	
二、保險相關費用		
1. 保單管理費	每月為新臺幣 100 元。	
2. 保險成本	根據每月保險成本費率表，依扣款當時被保險人之保險年齡與淨危險保額計算。其中淨危險保額會因要保人選擇之保險型態(如甲型、乙型、丙型、丁型、戊型)而不同。	
三、投資相關費用（詳細內容如投資標的之各項費用彙整）		
1. 申購手續費	(1) 貨幣帳戶：無。 (2) 指數股票型基金 (ETFs)：1%。 (3) 共同基金：無。 (4) 全權委託投資帳戶：無。	
2. 管理費	(1) 貨幣帳戶：無。 (2) 指數股票型基金 (ETFs)：1.4%。 (3) 共同基金：無。 (4) 全權委託投資帳戶：1.3%~1.5%。	

費用項目	收取標準
3. 保管費	(1) 貨幣帳戶：無。 (2) 指數股票型基金 (ETFs)：0.1%。 (3) 共同基金：無。 (4) 全權委託投資帳戶：0%~0.05%。
4. 贖回費用	(1) 貨幣帳戶：無。 (2) 指數股票型基金 (ETFs)：無。 (3) 共同基金：無。 (4) 全權委託投資帳戶：無。
5. 標的維護費	(1) 貨幣帳戶：無。 (2) 指數股票型基金 (ETFs)：無。 (3) 共同基金：無。 (4) 全權委託投資帳戶：無。
6. 轉換費用	每一保單年度內十二次免費，超過十二次起每次收取新臺幣 500 元。
7. 其他費用	無。
四、解約及部分提領費用	
1. 解約費用	無。
2. 部分提領費用	每一保單年度內六次免費，超過六次起每次收取新臺幣 1,000 元。
五、其他費用	
1. 短線交易費用	由投資標的所屬公司收取

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。

請記得打勾

<input checked="" type="checkbox"/> 本人已瞭解本保險商品之重要事項 <input checked="" type="checkbox"/> 本人已同意投保 <input type="checkbox"/> 被保險人年齡已達65歲(含)，且已充分瞭解並願意承擔本商品之投資風險	要保人簽名： <u>王大安</u> 被保險人簽名： <u>王小達</u> 法定代理人簽名： _____
---	---

※簽名欄請親自簽名，簽名欄若有塗改請重填要保書。