



安達人壽聚富人生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(台北市信義區信義路五段8號12樓)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	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號(統一證號)	F123456789
	出生日期	民國75年7月1日	聯絡電話	(H) (02)81611988 (O) (02)27927257		
	被保險人住所	110 台北市信義區信義路五段8號12樓		行動電話	0918555888	
	※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)			聯絡電話、行動電話至少需留一支聯絡電話
要保人	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	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號(統一證號)	F198765432
	出生日期	民國45年10月01日	聯絡電話	(H) (02)81611988 (O) (02)87605888		
	E-mail	E-mail: <u>abclifetw@gmail.com</u> <input checked="" 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	0919333999	
	職業(含兼職)	【服務單位】 ACE軟體設計股份有限公司		【工作內容】 經營管理		
	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"/>				
戶籍地址	<input 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:					
※是否同意以電子方式提供保單條款及商品說明書?			<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

項目	姓名	身分證字號	出生年月日	國籍	與被保險人關係	聯絡地址、電話	分配方式(若指定之受益人有兩人以上者，請註明)
身故保險金或喪葬費用保險金受益人	(1)王大安 (2)王小美 (3)法定繼承人					<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)
祝壽保險金受益人							

1.【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，且指定之或喪葬費用保險金受益人，其分配比例應依民法繼承。

2.【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

主險名稱	安達人壽聚富人生變額萬能壽險 <input checked="" type="checkbox"/> 甲型 <input type="checkbox"/> 乙型 <input type="checkbox"/> 丙型	基本保額	新臺幣
目標保險費	新臺幣 30,000	定期定額	新臺幣 _____ 元整
繳別	<input checked="" type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳(首期須繳交2個月保險費)	首次單筆追加	新臺幣 _____ 元整
繳費方式	首期: <input checked="" type="checkbox"/> 金融機構自動轉帳 <input type="checkbox"/> 信用卡扣款(需符合本公司信用卡扣款規章) <input type="checkbox"/> 匯款、郵局劃撥、自動櫃員機繳費 <input type="checkbox"/> 即期支票 續期: <input checked="" type="checkbox"/> 金融機構自動轉帳 <input type="checkbox"/> 信用卡扣款(需符合本公司信用卡扣款規章) <input type="checkbox"/> 自行繳費(含匯款、郵局劃撥、自動櫃員機繳費) 【金融機構自動轉帳或信用卡扣款授權編號: _____】 【金融機構自動轉帳或信用卡扣款授權編號: _____】	轉帳跟信用卡請務必填上授權書上的授權編號	
若勾選此選項，每月保單管理費將按下列基金序號扣除	*若選擇以金融機構自動轉帳或信用卡扣款者，授權編號欄位必填，並請檢附「金融機構代繳保險費授權書」。 <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。		
的險收	扣費順序	標的代碼	比例(%)
相關費用	1	BCAAB007	100%
選擇配息型基金，需提供要保人帳號，配息才可配到帳戶。	2		
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)	3		
	4		
	5		
	6		
本公司依「安達人壽聚富人生變額萬能保單條款」第十四條規定給付。 台。銀行 敦。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。】			

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) 175 公分	體重 (LBW1) 65 公斤	服務單位 ACE軟體設計 股份有限公司	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？				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
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)				
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、肌萎縮症、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。				
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 _____ 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」、「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

要保人簽名： _____	被保險人簽名： _____	(與要保人/被保險人關係： _____) 身分證字號 (統一證號)： _____ 出生年月日： _____ 國籍： _____ 法定代理人簽名： _____
申請日期：110年 01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。

法定記得簽名並填寫資料

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。
【執業之保險經紀人或保險代理人為業務招攬時，請於業務員欄簽名。】

※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

保經/代分支代號	業務員簽名	受理編號	簽署人章
		1100101AA001	
保經/代分支名稱	業務員登錄字號	聯絡手機或電話及分機	
總公司			

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. 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。
5. 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投資人投資高收益債券基金不宜占其投資組合過高之比重③由於高收益債券之信用評等未達投資等級或未經驗信用評等，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。
6. 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。
7. 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。
8. 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)
9. 本契約「首次投資配置日」(請參閱保單條款第二條)：係指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。
10. 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三十五條。
11. 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	(1) 依每次繳交之目標保險費乘以該目標保險費之保險費年度所對應之費用率(如下表)作為保費費用。						
	保險費年度	1	2	3	4	5	6~
	費用率	36%	26%	16%	6%	6%	0%
(2) 依每次繳交之超額保險費乘以3%作為保費費用。							
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	(1) 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)而不同。 (2) 根據附約每月保險成本費率表，依扣款當時被保險人之保險年齡與附約保險金額計算。						
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. 轉換費用	每一保單年度內六次免費，超過六次起每次收取新臺幣 500 元。
6. 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，本公司未另外收取。

本人已瞭解本保險商品之重要事項

本人已同意投保

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：

被保險人簽名：

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。

安達人壽附約要保書(含要保人/主被保險人/配偶/子女)

稱謂		主被保險人	配偶	子女(1)	子女(2)
姓名		/	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期			年 月 日	年 月 日	年 月 日
身分證字號(統一證號)					
※被保險人目前是否受有監護宣告? (如勾選是者,請提供相關證明文件)			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
安達人壽最佳醫 靠一年期住院醫 療日額健康保險 附約			NHIRA 保額： 單位	保額： 單位	保額： 單位
☆安達人壽保平安 一年期多倍型意外 傷害保險附約		ADDR 保額： 萬元	保額： 萬元	保額： 萬元	保額： 萬元
附加契約項目	安達人壽安家 360 一年期一至六級 失能扶助保險金 健康保險附約	DIR 保額： 萬元	/		
	安達人壽全心照 護一年期失能保 險附約	DR 保額： 萬元			
	☆安達人壽陽光 天使重大燒燙傷 傷害保險附約	MBR 保額： 萬元			
	身故保險金或 喪葬費用保險 金受益人	姓名 / 身分證字號： 關係： 國籍： 出生年月日：			
<input type="checkbox"/> 附加安達人壽二至六級失能豁免保險費健康保險附約(本附約之被保險人為要保人,如有附加本附約者,請填寫告知事項。)					
※傷害保險附約之【身故保險金或喪葬費用保險金受益人】欄位不可空白,且指定之身故或喪葬費用保險金受益人有兩人以上者,請務必指定分配方式。 ※健康保險契約「疾病等待期間」之相關約定,請參閱各該健康保險契約條款。 ※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,本公司將依各該契約條款之約定退還未到期保險費或保險成本予要保人。					

※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附約，其危險發生後亦同。

◎告知事項

※投保健康險者，依保險法第一百二十七條規定：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，不負給付保險金額之責任。

健康保險問項	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)
	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、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。
	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)
☆傷害保險問項	8、過去二年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？ (PY21) (1) 高血壓症 (指收縮壓 140mmHg 舒張壓 90mmHg 以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。(2) 腦中風 (腦出血、腦梗塞)、腦瘤、癲癇、智能障礙 (外表無法明顯判斷者)、精神病、巴金森氏症。(3) 癌症 (惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病。(4) 糖尿病。(5) 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。(6) 視網膜出血或剝離、視神經病變。
	9、目前身體機能是否有下列障害？ (PD11) (1) 失明。(2) 是否曾因眼科疾病或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥，且一目視力經矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表 O·三以下。(3) 聾。(4) 是否曾因耳部疾病或傷害接受耳鼻喉科專科醫師治療、診療或用藥，且單耳聽力喪失程度在五十分貝 (dB) 以上。(5) 啞。(6) 咀嚼、吞嚥或言語機能障害。(7) 四肢 (含手指、足趾) 缺損或畸形。

※附加附約時，應詳細填寫及回答下列問題：

項目 身分別	身高 (LBH1)	體重 (LBW1)	工作內容(職業及兼業)	是否有上述健康保險問項第 1 至 7 項之情形？	☆是否有上述傷害保險問項第 8 至 9 項之情形？
要保人				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
主被保險人				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
配偶				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
子女(1)				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
子女(2)				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

附加其他附約者，請依各身分別填寫健康告知。

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	

要保人簽名	主被保險人簽名	
被保險人_子女(1)簽名	被保險人_子女(2)簽名	法定代理人簽名(與要保人/被保險人關係：)

※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。

申請日期： 110 年 01 月 01 日