



安達人壽高福康定期壽險要保書

◎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		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) (0) (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		
	※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)			
工作資歷	是否皆符合以下條件： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，說明原因： 1、全職受僱人員且1年內持續工作 2、工作年資滿3年且過去3年內待業期間未超過3個月 3、最近3年平均年薪達42萬元					
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 E-mail 及 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：				
	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) (0)		
	E-mail	E-mail:		行動電話		
	要保人住所(聯絡地址)	<input type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		年滿20歲之要保人，若需申請保戶園地權限，必須填妥正確手機號碼。		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 type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人住所					

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	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
身故保險金受益人				(1)台灣 (2)台灣	(1)父 (2)姊	<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 type="checkbox"/> 順位(請註明順位) <input type="checkbox"/> 比例(請註明比例)

- 【身故保險金受益人】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，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【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。
- 【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。

- 書寫時，請勿超過欄位格子外。
 - 塗改簽名時，請勿簽於欄位格子內。
 - 若受益人非直系血親/配偶，須於業務員報告書中說明原因。
- ※以上規定均為避免造成受益人認定上誤會

三、投保內容

投保險種	安達人壽高福康定期壽險 <input type="checkbox"/> 6年 <input type="checkbox"/> 10年 <input type="checkbox"/> 15年 <input type="checkbox"/> 20年 <input type="checkbox"/> 30年					
保險金額	新臺幣 _____ 萬元					
繳別	<input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/>					
附加條款	選擇附加以下附加條款： <input type="checkbox"/> 附 1、安達人壽二至六級失能豁免 ※如被保險人為要保人，請填寫告知事項第八點。 2、安達人壽大眾運輸傷害保險限額給付附加條款					
要保人是否同意第二期以後的分期保險費未在寬限期間屆滿前繳付時，以保單價值準備金自動墊繳本契約及附加於本契約之其他附約其應繳的保險費及利息？(範圍、順序如下)..... <input checked="" type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意						
※自動墊繳是以本契約及附加於本契約之其他附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)同時自動墊繳本契約及附加於本契約之其他附約其應繳的保險費及利息，使本契約及附加於本契約之其他附約繼續有效。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(不得超過本保單辦理保單借款的利率)，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。						
繳費方式	首期： <input type="checkbox"/> 匯款、郵局劃撥、自動櫃員機繳費 <input type="checkbox"/> 金融機構自動轉帳 <input type="checkbox"/> 信用卡扣款 <input type="checkbox"/> 即期支票 續期： <input type="checkbox"/> 金融機構自動轉帳 <input type="checkbox"/> 信用卡扣款 <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、即期支票) *若選擇以金融機構自動轉帳或信用卡扣款者，請另填「金融機構代繳保險費授權書」。					

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)				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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)				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
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(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、高血壓症。(6)青光眼、白內障。(7)乳腺炎、乳漏症、子宮內膜炎、陰道異常出血(女性被保險人回答)。				
5、過去五年內是否曾患下列疾病，且持續七日以上？(LY52) 要保人附加二至六級殘廢豁免保險費附加條款，請告知				
6、目前身體機能是否受下列疾病影響，且持續七日以上？(LD11) 咀嚼、四肢機能障害？				
7、女性被保險人回答：是否已確知懷孕？如是，已經 週。(LWP1)				
8、*要保人投保安達人壽二至六級失能豁免保險費附加條款請告知：要保人是否有上述1~7項之情形？				
身高 _____ 公分/體重 _____ 公斤，工作說明 _____				

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106年 5 月至106年 5 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，並同意該公會查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司不得將該資料作為承保或理賠之依據。
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。
- 本人(被保險人、要保人)同意安達人壽就本人之個人資料，於「保險業招攬人員合格銷售資格證件」、「要保書填寫說明」、「保險業招攬人員須知」及「個人資料蒐集、處理及利用告知書」各乙份。

保險業招攬人員合格銷售資格證件、「要保書填寫說明」、「保險業招攬人員須知」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： _____	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：109年 07 月 01 日		<p>*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。</p>

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： <input type="checkbox"/> 郵寄方式寄至「聯絡地址」 <input checked="" type="checkbox"/> 服務人員轉交 <input type="checkbox"/> 無指定者逕由服務人員轉交			
保經/代分支代號 C00001	業務員簽名 李大富	受理編號	簽署人章 安達保險經紀人(股)有限公司 簽署人 陳小嘉
保經/代分支名稱 板橋	業務員登錄字號 023456789	聯絡手機或電話及分機 0915123456	

通路代碼：

專案代碼：

安達人壽受理章：

安達人壽附約要保書(含主被保險人/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)					
※被保險人目前是否受有殘障(如勾選是者,請提供相關證明)		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
附加契約項目	安達人壽最佳醫靠一年期住院醫療日額健康保險附約	保額: 單位	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	保額: 萬元	保額: 萬元	保額: 萬元	保額: 萬元
	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	保額: 萬元			
	安達人壽全心照護一年期失能保險附約	保額: 萬元			
	※安達人壽陽光天使重大燒燙傷傷害保險附約	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:	姓名/身分證字號: 關係:	姓名/身分證字號: 關係:	姓名/身分證字號: 關係:	

※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、腎囊腫。(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,已經幾週?(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○: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?
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
子女(1)					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
子女(2)					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

上述者告知為「是」,請說明身分別、發生時間、診斷病名、就醫醫院、大約治療日期或期間、治療方式(手術/住院/服藥/其他方式)、有無復發、目前狀況: (LSD1) 主被保險人於106年5月1日車禍右腳骨折、於台○醫院治療,治療時間為106年5月1日至106年5月28日,骨折部分上石膏,目前已痊癒,無須追蹤觀察。

要保人簽名 王大安	主被保險人簽名 王小達	被保險人_配偶簽名
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)

申請日期: 109 年 月 日 歲者,請由法定代理人代為簽名。]