



## 安達人壽傳統型人身保險要保書\_A 版

- ◎本公司資訊公開說明文件，請查閱本公司網址：[www.chubblife.com.tw](http://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。
- ◎被保險人身故時，本公司除依照契約條款約定給付保險金外，若契約條款中有約定退還其他未給付部分之解約金或未滿期保險費者，再依該約定辦理；惟其給付成本之計算已考慮死亡脫退因素者，不在此限，詳請參閱各保險商品保險單條款。
- ◎部分商品可能發生累積所繳保險費於部份年度超出該年度身故保險金給付之情形，詳請參閱各保險商品保險單條款。
- ◎部分商品無提供被保險人滿十五足歲前身故之喪葬費用保險金，詳請參閱各保險商品保險單條款。
- ◎部分商品為非保證續保之健康保險，詳請參閱各保險商品保險單條款。

### 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	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	民國	年	月	日
	身分證字號 (統一證號)	國 籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____					
	聯絡電話	公司電話:	住家電話:			行動電話:		
	E - m a i l							
	被保險人住	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
	※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。)						
要保人	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 <b>戶籍地址</b> 即可。) <input type="checkbox"/> 配偶 <input 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	出生日期	民國	年	月	日
	身分證字號 (統一證號)	國 籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____					
	聯絡電話	公司電話:	住家電話:			行動電話:		
	E - m a i l							
	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。						
	保單類型	<input 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)	<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 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)			工作內容 (含兼職)					

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、祝壽保險金受益人】如未指定，則以要保人為受益人。
- ◎【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。
- ◎若依契約條款規定無該項保險金時，雖於受益人欄填寫受益人姓名仍不生效力。

保險金種類	受益人資料						順位	比例	
身故／喪葬費用保險金	姓名	身分證字號	出生日期	民國	年	月	日		
	聯絡電話	與被保險人關係	國籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他					
	聯絡地址	<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	民國	年	月	日		
	聯絡電話	與被保險人關係	國籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他					
	聯絡地址	<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	民國	年	月	日		
	聯絡電話	與被保險人關係	國籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他					
	聯絡地址	<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	民國	年	月	日		
	聯絡電話	與被保險人關係	國籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他					
	聯絡地址	<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	民國	年	月	日		
	聯絡電話	與被保險人關係	國籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他					
	聯絡地址	<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	民國	年	月	日		
	聯絡電話	與被保險人關係	國籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他					
	聯絡地址	<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：□□□							
祝壽保險金	姓名	身分證字號	出生日期	民國	年	月	日		
	聯絡電話	與被保險人關係	國籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他					
	聯絡地址	<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	民國	年	月	日		
	聯絡電話	與被保險人關係	國籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他					
	聯絡地址	<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	民國	年	月	日		
	聯絡電話	與被保險人關係	國籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他					
	聯絡地址	<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：□□□							

三、投保內容

<p><b>※僅限勾選一項主約商品</b></p>			
投保險種	安達人壽術術平安終身健康保險 WSD	<input type="checkbox"/> 繳費 10 年期 <input type="checkbox"/> 繳費 20 年期	保額 _____ 元
繳別	<input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳 (採月繳者, 首期須繳二個月)		
自動墊繳	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 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"/> 金融機構轉帳 <input type="checkbox"/> 信用卡 (需符合本公司信用卡扣款規範) <input type="checkbox"/> 自行繳費 (含匯款、郵局劃撥、自動櫃員機繳費) 紙本授權書【授權編號: _____】需附「金融機構代繳保險費授權書」。 立碼驗授權【授權編號: CB-_____】(限臺幣保單適用)。 續期: <input type="checkbox"/> 金融機構轉帳 <input type="checkbox"/> 信用卡 (需符合本公司信用卡扣款規範) <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) 紙本授權書【授權編號: _____】需附「金融機構代繳保險費授權書」。 立碼驗授權【授權編號: CB-_____】(限臺幣保單適用)。 *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」。		

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 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)	職業等級
公分	公斤			
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)、帕金森氏症、精神病。(3)肺氣腫、支氣管擴張症、壓肺症、肺結核。(4)肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常 (GPT、GOT 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。				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
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)。				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5、過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上? (LY52)				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
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)				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7、女性被保險人回答: 是否已確知懷孕? 如是, 已經 _____ 週。 (LWP1)				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<b>投保傷害險者, 請填寫下列問題:</b>				
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、帕金森氏症。(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。				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
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。				<input type="checkbox"/> 是 <input 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**

- 1、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、醫療及病歷個人資料。
- 2、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。
- 3、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。

<b>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。</b>		<input type="checkbox"/> <b>已 審 閱</b>
		(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： <b>法定代理人/監護人/輔助人簽名：</b>
要保人簽名： _____	被保險人簽名： _____	_____
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： _____ 身分證字號： 關係：	見證人2 簽名： _____ 身分證字號： 關係：	
申請日期：民國            年            月            日	<b>※簽名欄請親自簽名，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。</b>	

**以下欄位由業務單位填寫**

招攬人員聲明：(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。			
<b>※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，若選電子保單者限以 email 方式遞送】</b>			
保經/代分支代號	保險招攬人員/經紀人/代理人簽名	受理編號	保經、代公司簽章
	/		
保經/代分支名稱	保險招攬人員登錄字號/執業證號	聯絡手機或電話分機	
	/	/	

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 / 性 別		/	<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 )					
國 籍			<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____
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? (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
※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
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	NHIRA	保額： 單位	保額： 單位	保額： 單位
	☆安達人壽陽光天使重大燒燙傷傷害保險附約	MBR	保額： 萬元	/	
	安達人壽愛醫靠一年期定期防癌健康保險附約	OCE	保額： 萬元		
	需附加愛醫靠癌症附約 OCE, 才可附加癌症達文西附加條款 OCF				
	安達人壽癌症達文西手術醫療附加條款	OCF	是否附加 <input type="checkbox"/> 是 保額： 15 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：	姓名 / 身分證字號： 關係： 國籍： 出生年月日：	姓名 / 身分證字號： 關係： 國籍： 出生年月日：	姓名 / 身分證字號： 關係： 國籍： 出生年月日：	

※傷害保險附約之【身故保險金或喪葬費用保險金受益人】指定有兩人以上者,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。

※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○·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)	職業等級	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
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

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_配偶簽名
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
被保險人_子女(1)簽名	被保險人_子女(2)簽名	(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：
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

申請日期： 年 月 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。

## 安達人壽保險契約審閱期間確認聲明書

一、本人(即要保人)投保 貴公司  
安達人壽術術平安終身健康保險

經業務員親送 傳真 郵寄 網路 電子郵件(可複選)

之方式取得上述保險專案之保險契約條款樣張(含主附約條款、附加條款及批註條款)。

二、本人(即要保人)就上述保險契約條款樣張之審閱期間聲明如下：

於民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日已取得上述保險契約條款樣張，  
已審閱至少三日。

註：假設取得保單條款日為T日，審閱期間規範至少為3日，則要保申請日期應為T+4日或以後。

其他：\_\_\_\_\_

此 致  
安達國際人壽保險股份有限公司

要保人簽名：\_\_\_\_\_身分證統一編號：\_\_\_\_\_

【簽名欄請親自簽名，簽名欄若有塗改請重填聲明書】

法定代理人/監護人/輔助人簽名：\_\_\_\_\_

(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)

【簽名欄請親自簽名，簽名欄若有塗改請重填聲明書】

聲明日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

招攬人員確認此份聲明書係由要保人親自簽名無誤。



招攬人員簽名：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_







安達人壽個人健康險及傷害險之費率可能調整告知書

保單號碼	※新契約投保時免填此欄位	要保人姓名
------	--------------	-------

下列商品保單條款內容具有費率調整，將依規定陳報主管機關之費率及被保險人年齡重新計算保險費。

【敬請勾選所保商品名稱】

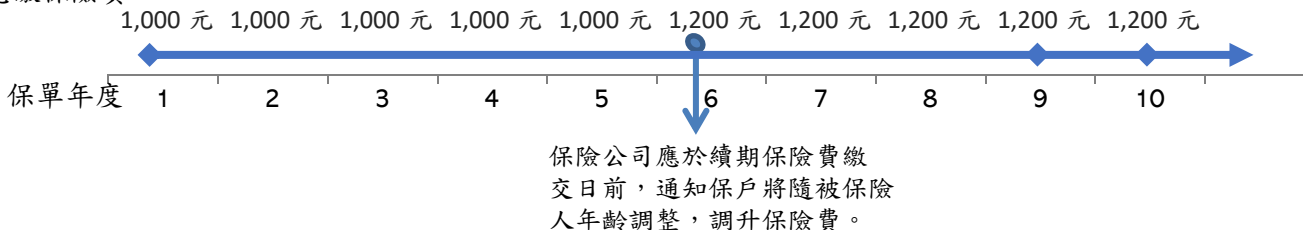
商品名稱	安達人壽最佳醫靠一年期住院醫療日額健康保險附約	安達人壽安家 360 一年期一至六級意外傷害失能扶助保險金保險附約
	安達人壽保平安一年期多倍型意外傷害保險附約	安達人壽全心照護一年期意外傷害失能保險附約
	安達人壽陽光天使重大燒燙傷傷害保險附約	安達人壽二至六級失能豁免保險費健康保險附約
	安達人壽愛醫靠一年期定期防癌健康保險附約	安達人壽癌症達文西手術醫療附加條款

【可能調整費率情境說明】

● 依被保險人保險年齡所對應之費率進行調整：

假設保戶投保時，約定年繳保險費為新台幣 1,000 元；於第 6 保單年度時，將依當年度保險年齡計算應繳保險費，經對照商品費率表，其年繳保險費隨被保險人年齡增加之調升為新台幣 1,200 元。

每年應繳保險費

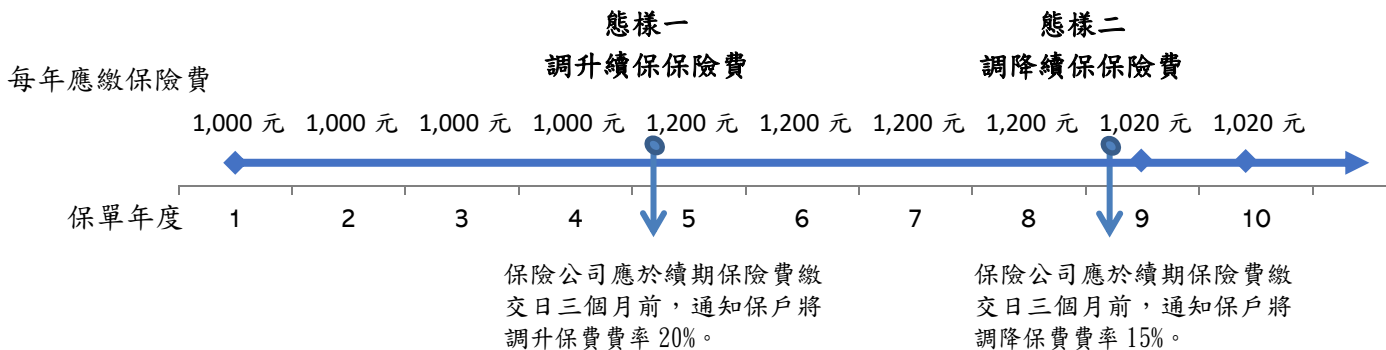


● 依保險商品實際損失率與預期損失率情形進行調整：

假設保戶投保時，約定年繳保險費為新台幣 1,000 元，可能會有下列調整費率態樣：

態樣一：最近三至五年實際損失率大於預期損失率，為能顧及保戶權益以及強化保險公司清償能力，啟動費率調整機制，調升續保保險費。

態樣二：最近三至五年實際損失率小於預期損失率，為能顧及適度反映經營績效，啟動費率調整機制，調降續保保險費。



本人(即要保人)聲明本次投保已詳閱本告知書，並經招攬業務人員充分說明上述保險權益，明確知悉所保商品係有費率調整機制。

此致 安達國際人壽保險股份有限公司

立聲明書人 (要保人) 親自簽名	法定代理人/監護人/ 輔助人親自簽名
	※未成年、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
招攬人員/執業經紀人(代理人)親自簽名	

中華民國 年 月 日





## 安達人壽個人資料蒐集、處理、利用告知事項

安達國際人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定,向 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

### 一、蒐集之目的:

- (一)人身保險(〇〇一)
- (二)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)
- (三)消費者、客戶管理與服務(〇九〇)

### 二、蒐集之個人資料類別:

- (一)識別類(例如姓名、性別、出生年月日、國籍、住址、電話、身分證統一編號、電子郵件、聲音、影像檔案)。
- (二)特徵類(例如家庭情形、教育程度、職業、財務狀況、健康情況)。
- (三)病歷、醫療、健康檢查
- (四)保險契約所需填載、保險契約變更及本公司各類保險服務相關業務所需填載之其他必要事項。

### 三、個人資料之來源(個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用)

- (一)要保人、被保險人
- (二)當事人之法定代理人、輔助人
- (三)各醫療院所
- (四)與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。

### 四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式:

- (一)期間:公司存續及依法令規定應為保存之期間。
- (二)對象:本公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、與本公司合作之保險代理人/保險經紀人、與本公司合作辦理銀行保險業務之銀行及依法有調查權機關或金融監理機關。
- (三)地區:上述對象所在之地區。
- (四)方式:合於法令規定之利用方式。

### 五、依據個資法第三條規定,台端就本公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式:

- (一)得向本公司行使之權利:
  - 1.向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
  - 2.向本公司請求補充或更正。
  - 3.向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。
- (二)行使權利之方式:以書面或其他日後可供證明之方式(如:書面、電子郵件、傳真、或電子文件等)。

### 六、台端不提供個人資料所致權益之影響:

台端若未能提供相關個人資料時,本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業,因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

本公司依法令或為強化個人資料管理及保護,將可能隨時修訂本告知書。若本告知書發生任何重大調整,本公司將於官網公告。若您需要查詢、補充、更正或刪除您的個人資料,除可聯絡您的服務人員、至本公司客戶服務中心或透過免費客戶服務專線(0800-011-709)辦理外,亦可利用本公司網站所提供之相關服務辦理。





安達人壽遵循美國外國帳戶稅收遵從法(FATCA)暨  
金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)身分聲明書(個人件)

立聲明書人姓名：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_

<b>【FATCA 身分】</b>	
一、您是否有義務在美國繳稅，即屬於美國稅務居民？ 美國公民、美國綠卡持有者或美國長期居民(當年度在美國境內停留天數≥31天，且(當年在美國境內停留天數*1+去年在美國境內停留天數*1/3+前年在美国境內停留天數*1/6)≥183天。) <input type="checkbox"/> 是，請檢附 W-9 表單(英文填寫)，免填第 2、3 題 <input type="checkbox"/> 否，請續填第 2 題	
二、您的出生地是否為美國(含美國屬地)？ <input type="checkbox"/> 是，請檢附相關文件(1) W-8BEN 表單(2) 非美國護照或身分證明文件(3) 棄籍證明，免填第 3 題 <input type="checkbox"/> 否，請續填第 3 題	
三、您是否具有下列任一項美國指標，但非美國納稅義務人？ 1. 出生地為美國 / 2. 美國公民 / 3. 美國永久居民 (持有綠卡) 美國長期居民 / 4. 具美國住址或連絡地址 (含郵政信箱) / 5. 具美國電話號碼 / 6. 代理人具美國地址 / 7. 持續指示將資金轉入於美國的帳戶 / 8. 委託或簽署授權予具有美國地址之人、轉交郵件地址或代存郵件地址為客戶唯一的地址 <input type="checkbox"/> 是，請檢附相關文件(1)W-8BEN 表單 (2)非美國護照或身分證明文件 <input type="checkbox"/> 否	
<b>【CRS 身分】</b>	
您除了中華民國、美國以外，是否具有《其他國家或地區之稅務居民》身分？ <input type="checkbox"/> 是，請檢附自我證明表-個人(英文填寫) <input type="checkbox"/> 否	

遵循美國外國帳戶稅收遵從法 (Foreign Account Tax Compliance Act, "FATCA") 暨金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)之相關規定說明：

- 安達人壽為履行 FATCA 及與之相關的條約、國際協議及美國國家稅務局 (Internal Revenue Service) 所發布之行政命令、指引及申報表單等義務，安達人壽需蒐集客戶的國籍與稅籍資料及將客戶的稅籍資料和帳戶資訊轉交予美國國稅局。
- 安達人壽為遵循 FATCA 義務，需將客戶的稅籍資料及帳戶資訊轉交予美國國稅局。此等揭露可能透過安達人壽之總公司或關係企業完成。
- CRS係依稅捐稽徵法第5條之1第6項訂定，其內容參考經濟合作暨發展組織發布之共同申報及盡職審查準則，客戶了解安達人壽依CRS規定取得客戶之自我證明文件，以辨識帳戶持有人為稅務居住者之國家/地區。安達人壽依法可能將本表及該帳戶其他資訊提供中華民國稅捐稽徵機關，經由政府間協定進行稅務目的金融帳戶資訊交換，提供他方國家/地區稅捐稽徵機關。
- 客戶提交予安達人壽之文件(包含但不限於填報之美國國稅局稅務文件、FATCA、CRS身分別聲明及相關身分證明文件)內容若有不實或不完整，可能造成當事人之直接、間接或潛在之損失或額外的稅上負擔或罰鍰，當事人須自行承擔，安達人壽不負擔任何責任。

本人(立聲明書人)聲明：

- 本人已詳細閱讀本聲明書內所載之訊息，並同意配合 貴公司遵循美國外國帳戶稅收遵從法及金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法之相關規定。
- 本人係據實填寫本聲明書資料，如有填寫不實，本人願負擔相關法律責任。
- 本人最遲應於上表「FATCA」或「CRS」身分變更之日起 30 日內主動書面通知安達人壽。

立聲明書人簽名		法定代理人/監護人/輔助人簽名	
		※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	
招攬人員簽名	/	填寫日期	民國 年 月 日





瞭解要保人及被保險人之需求及其適合度分析評估暨業務員報告書

保單號碼		要保人		被保險人	
------	--	-----	--	------	--

- 一、招攬經過：是經由何種關係認識本契約要/被保險人？(若勾選為 D 或 E 時，請一併提供要/被保險人身分證影本)  
A.既有客戶 B.原已相識(本人或親友) C.轉介紹 D.陌生拜訪 E.要/被保險人主動投保，原因\_\_\_\_\_。
- 二、要保人與被保險人投保目的及需求(可複選)：保障 教育經費 退休規劃 房屋貸款 其他(請說明)\_\_\_\_\_。
- 三、家中主要經濟來源者：要保人 被保險人 其他(請說明)\_\_\_\_\_。
- 四、要保人與被保險人財務狀況(新臺幣萬元為單位，以阿拉伯數字填寫，如無該項收入請填寫 0)

		要保人		被保險人(與要保人同一人無須填寫)	
個人	工作年收入	新臺幣約	萬元	新臺幣約	萬元
	其他收入(如利息、房租等)	新臺幣約	萬元	新臺幣約	萬元
家庭年收入		新臺幣約	萬元	新臺幣約	萬元
資產	動產(如存款/股票/基金等)	新臺幣約	萬元	新臺幣約	萬元
	不動產	新臺幣約	萬元	新臺幣約	萬元

- ※若要保人/被保險人為已婚者，請於家庭年收入欄位填寫夫妻雙方年收入總和。請敘明配偶之工作內容\_\_\_\_\_。
- ※若要保人/被保險人為未成年人/學生時，請於家庭年收入欄位填寫其父母或法定代理人年收入總和。請敘明父母或法定代理人之工作內容\_\_\_\_\_。
- 五、本次投保的保險費來源：薪資收入/公司紅利 投資收入 儲蓄 退休金 財產繼承/贈與 保單借款 房屋貸款 保單之解約金(含部分解約) 其他，請說明：\_\_\_\_\_。
- 六、繳費人若非要保人或被保險人者，請另填寫【非要被保險人繳納保費及還款說明書】。
- 七、客戶(註)於本契約承保前三個月內是否有辦理貸款、保單借款或保單解約(含部分解約)-----是 否  
 \*註：客戶指要保人、被保險人、實際繳交保險費之利害關係人

八、符合高齡之要保人/被保險人/繳費人請依【高齡投保評估量表】結果填寫，確認具有辨識不利其投保權益情形之能力，且投保商品適合其需求。(請檢附高齡投保評估量表) <b>*未滿 65 歲之客戶，此問項可免填</b>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
九、招攬時，是否於已親晤要/被保險人/法定代理人，並確認要保文件係由要/被保險人/法定代理人親簽無誤？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
十、招攬時，是否已確認要保人、被保險人及受益人之關係與身分？有關要保人與被保險人所提供之身分證明文件(身分證、護照、駕照，或其他足資證明其身份之文件等)是否與要保書填載之內容相符？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
十一、身故受益人是否指定為配偶、直系親屬，或指定為法定繼承人，且其順位及應得比例適用民法繼承篇相關規定？若否，請說明原因_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
十二、過去一年內要保人是否居住於中華民國境外超過半年以上？若是，請說明居住國家_____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
十三、要保人或被保險人是否是現任(或曾任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務人士(如：中央或地方民意代表、公務機關首長)？若是，請說明其職務_____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
十四、要保人購買保險商品時，是否對保障內容或給付項目完全不關心，亦或對於具高保單價值準備金或具高現金價值或躉繳保費之保險商品，僅關注保單借款、解約或變更受益人等程序？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
十五、要保書或保險相關文件所載要保人或被保險人之住所或居所(聯絡)地址，是否為招攬人員本人之住所或居所(聯絡)地址或所屬保險代理人、保險經紀人、銀行及其分支機構之營業處所？若是，請說明原因_____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
十六、本契約之規劃，要保人與被保險人是否已確實瞭解投保目的、保險需求，綜合考量財務狀況以及付費能力，分析與評估保險費、保額及保障需求間之適當性(適合度)？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
十七、招攬時，是否已向要保人說明本次購買保險商品內容、繳納保險費方式、繳費年期、領取各種給付項目與解約金內容？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
十八、要保人及被保險人是否投保其他商業保險？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
十九、配合相關法令規範，請勾選適合電訪時段： <input type="checkbox"/> 09:00~12:00 <input type="checkbox"/> 13:30~17:00。 (本公司將以前述適合電訪時段優先進行電訪，惟因部分法令及審核時效要求，亦可能於其他時段進行電訪，敬請見諒！)	
二十、其他有利於核保之資訊：_____	

招攬人員聲明事項：若為招攬分紅保單時，本人已確實告知要保人保單紅利為非保證給付項目，可能會變動為較高或較低之數字，且在最極端的情況下，紅利可能為零，本人未向要保人做任何保證。

錄音編號		保經、代公司簽章  已依保險經紀人管理規則第三十三條之一或保險代理人管理規則第三十三條之一規定，對客戶辦理電話、視訊或遠距訪問之事項？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
招攬單位		
招攬人員簽名	/	
日期	年 月 日	

註：執業之保險經紀人或保險代理人，為業務招攬時，請於招攬人員簽名欄簽名。







## 財務狀況告知書

要保單號碼		要保人		被保險人	
-------	--	-----	--	------	--

一、要保人與被保險人投保目的及需求：(可複選)

A.保障 B.教育經費 C.退休規劃 D.房屋貸款 E.其他\_\_\_\_\_

二、本次投保的保費來源：薪資收入/公司紅利 投資收入 儲蓄 退休金 財產繼承/贈與  
保單借款  (房屋)貸款 保單之解約金(含部分解約) 其他，請說明：\_\_\_\_\_。

三、要/被保險人工作狀況：(若被保險人為未成年人/學生時，請回答被保險人及其父/母之資訊)

	<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人父/母	被保險人 (被保險人與要保人同一人時此欄免填)
任職之公司名稱/營業項目		
服務年資/職位	約 年/	約 年/
目前工作內容		
是否為該公司股東/負責人	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，持股比例：_____%	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，持股比例：_____%

◎若為公司股東/負責人，請繼續完成下列問題：

- (1)公司總資產：\_\_\_\_\_萬；公司負債總額：\_\_\_\_\_萬  
 (2)過去三年公司之營業額：去年：\_\_\_\_\_萬，前年：\_\_\_\_\_萬，大前年：\_\_\_\_\_萬  
 (3)過去三年公司之稅前利潤：去年：\_\_\_\_\_萬，前年：\_\_\_\_\_萬，大前年：\_\_\_\_\_萬

四、要/被保險人財務狀況：(若被保險人為未成年人/學生時，請回答被保險人及其父/母之資訊)

		<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人父/母	被保險人 (被保險人與要保人同一人時此欄免填)
個人 年收入	工作年收入 (含紅利獎金)	萬元	萬元
	其他收入 (房租、利息等)	萬元	萬元
資產	動產 (如存款/股票/基金等)	<input type="checkbox"/> 存款：萬元 往來銀行：萬元 <input type="checkbox"/> 股票/基金：萬元 <input type="checkbox"/> 其他：金額 萬元	<input type="checkbox"/> 存款：萬元 往來銀行：萬元 <input type="checkbox"/> 股票/基金：萬元 <input type="checkbox"/> 其他：金額 萬元
	不動產	座落地點： 市價約：萬元	座落地點： 市價約：萬元
負債項目及金額 (如銀行借款、退票、信用卡、債務 協商還款金額...等資訊)		房貸：銀行 萬元 其他：金額 萬元	房貸：銀行 萬元 其他：金額 萬元

五、其他與本件投保有關之資料，請於下面欄位說明或一併附於本告知書後提供本公司參考。

其他補充：\_\_\_\_\_

- 1.本人(含要保人及被保險人，以下同)已盡可能的提供完整且真實之資料，做為 貴公司審核本人投保保險契約的依據。本人保證以上所陳之資料並無隱瞞或不實而足以影響 貴公司對此告知書之評估及接受性。  
 2.安達人壽依「個人資料保護法」之相關規定，對本人之個人資料，不得透露予不相關之第三人。

此致 安達國際人壽保險股份有限公司

要保人簽名		法定代理人/監護人/ 輔助人簽名	
		(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)	
被保險人簽名		招攬人員簽名	/

填寫日期： 年 月 日

