



## 安達人壽外幣分紅人壽保險要保書(非投資型)\_A版

- ◎本公司資訊公開說明文件，請查閱本公司網址：[www.chubbliife.com.tw](http://www.chubbliife.com.tw) 或洽免付費服務專線 0800-011709 或至本公司查詢。
- ◎本保險為分紅保險單，保單紅利部分非本保險單之保證給付項目，本公司不保證其給付金額(保額)。
- ◎本保險為分紅保險單，但分紅方式係依據保險單條款約定計算應分配保單紅利，不適用其他分紅保險單相關規範。
- ◎本商品非存款商品，不受「存款保險」之保障。
- ◎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。
- ◎本保險為以外幣收付之非投資型人身保險契約，不得與以新臺幣收付之人身保險契約辦理契約轉換。
- ◎被保險人身故或完全失能時，本公司除依照各保險契約條款約定給付保險金外，另將依各該保險契約條款約定退還其他未給付部份之解約金或未滿期保險費予要保人；惟其給付成本之計算已考慮死亡脫退因素者，不在此限。
- ◎要保人辦理「展期定期保險」後，本契約變更為不分紅保險單，不再享有保險單紅利，並以不分紅計算基礎辦理(依照各保險契約條款約定)。

### 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                                                                                                                                                                                         |                                                                                         | 身分證字號<br>(統一證號)                                                                                                           | F123456789                                                                                                                |                                                                               |
|                         | 出生日期                                                                                                                                                           | 民國 75 年 12 月 04 日                                                                                                                                                                           |                                                                                         | 國籍                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> 中華民國 <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">聯絡電話、行動電話<br/>至少需留一支聯絡電話</div> |                                                                               |
|                         | 性別                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女                                                                                                                            | 聯絡電話 (H)                                                                                | (02) 8161-1988                                                                                                            |                                                                                                                           | (O) (02) 2792-7257                                                            |
|                         | E-mail                                                                                                                                                         | abclifetw@gmail.com                                                                                                                                                                         |                                                                                         | 行動電話                                                                                                                      | 0918-555-888                                                                                                              |                                                                               |
|                         | 被保險人住所                                                                                                                                                         | 1110 台北市信義區忠孝東路四段525號7樓                                                                                                                                                                     |                                                                                         |                                                                                                                           |                                                                                                                           |                                                                               |
| ※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)                                            |                                                                                                                           | <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">被保人若領有身心障礙手冊者，請提供相關文件</div> |
| ※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)                                        |                                                                                                                           |                                                                               |
| 關係<br>(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)<br><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                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                             | <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">申請保戶園地，填寫的基本資料需與要保書留存資料相同</div>       |                                                                                                                           | F198765432                                                                                                                |                                                                               |
| 出生日期                    | 民國 50 年 10 月 01 日                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                             | 國籍                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> 中華民國 <div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">聯絡電話、行動電話<br/>至少需留一支聯絡電話</div> |                                                                                                                           |                                                                               |
| 性別                      | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女                                                                                               | 聯絡電話 (H)                                                                                                                                                                                    | (02) 8161-1988                                                                          |                                                                                                                           | (O)                                                                                                                       |                                                                               |
| E-mail                  | abclifetw@yahoo.com.tw                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                             | 行動電話                                                                                    | 0919-333-999                                                                                                              |                                                                                                                           |                                                                               |
| 要保人                     | ※ 電子表單服務 <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)<br>※ 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。 |                                                                                                                                                                                             |                                                                                         |                                                                                                                           |                                                                                                                           |                                                                               |
| 職業(含兼職)                 | 【服務單位】                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                             | 退休                                                                                      |                                                                                                                           | 【工作內容】                                                                                                                    |                                                                               |
|                         |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                             |                                                                                         |                                                                                                                           | 退休                                                                                                                        |                                                                               |
| 要保人住所<br>(聯絡地址)         | <input checked="" type="checkbox"/> 同被保險人住所<br><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 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：                                                     |                                                                                                                                                                                             |                                                                                         |                                                                                                                           |                                                                                                                           |                                                                               |
| ※ 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. 若未指定則以「紙本保單」方式提供。<br>2. 選擇「紙本保單(條款QR code)」者，行動電話為必填。<br>3. 選擇「電子保單」者，要/被保人之行動電話為必填。 |                                                                                                                           |                                                                                                                           |                                                                               |

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

二、受益人(若指定之受益人有兩人以上者，請註明分配方式;若同一順位有兩人以上者，請再註明分配比例)

| 保險金種類                                                                                                                                                                                                                               | 受益人資料                                                                                                                 |            |                   |         |                                                                         |    | 保險金分配方式 |    |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|-----------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                     | 姓名                                                                                                                    | 身分證字號      | 出生日期              | 與被保險人關係 | 國籍                                                                      | 順位 | 比例      | 均分 |                             |
| 身故／喪葬費用保險金                                                                                                                                                                                                                          | 王大安                                                                                                                   | F198765432 | 民國 48 年 10 月 01 日 | 父子      | <input checked="" type="checkbox"/> 中華民國<br><input type="checkbox"/> 其他 | 1  |         |    |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                     | 0919-333-999                                                                                                          |            |                   |         |                                                                         |    |         |    |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                     | 聯絡地址 <input checked="" type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人住所<br><input type="checkbox"/> 指定地址：□□□ |            |                   |         |                                                                         |    | 2       |    | <input type="checkbox"/> 均分 |
|                                                                                                                                                                                                                                     | 王小美                                                                                                                   | F222333444 | 民國 69 年 04 月 28 日 | 姊弟      | <input checked="" type="checkbox"/> 中華民國<br><input type="checkbox"/> 其他 |    |         |    |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                     | 0927-666-777                                                                                                          |            |                   |         |                                                                         |    |         |    |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                     | 聯絡地址 <input checked="" type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人住所<br><input type="checkbox"/> 指定地址：□□□ |            |                   |         |                                                                         |    |         |    |                             |
| 姓名：____ 身分證字號：____ 出生日期：____<br>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<br>聯絡地址： <input type="checkbox"/> 同被保險人住所 <input type="checkbox"/> 同要保人住所<br><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                                                                       |            |                   |         |                                                                         |    |         |    | <input type="checkbox"/> 均分 |
|                                                                                                                                                                                                                                     | 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<br><input type="checkbox"/> 指定地址：□□□           |            |                   |         |                                                                         |    |         |    |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                     | 姓名：____ 身分證字號：____ 出生日期：民國 ____ 年 ____ 月 ____ 日                                                                       |            |                   |         |                                                                         |    |         |    | <input type="checkbox"/> 均分 |
|                                                                                                                                                                                                                                     | 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<br><input type="checkbox"/> 指定地址：□□□           |            |                   |         |                                                                         |    |         |    |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                     | 姓名：____ 身分證字號：____ 出生日期：民國 ____ 年 ____ 月 ____ 日                                                                       |            |                   |         |                                                                         |    |         |    | <input type="checkbox"/> 均分 |
|                                                                                                                                                                                                                                     | 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<br><input type="checkbox"/> 指定地址：□□□           |            |                   |         |                                                                         |    |         |    |                             |

1.若受益人非直系血親，須於業務員報告書中說明指定原因。  
2.法定繼承人不可勾選為"均分"。

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。

2.【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法之規定辦理。  
【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。  
【身故保險金或喪葬費用保險金受益人】為被保險人本人，本公司不受理其變更或指定。  
【祝壽保險金受益人】為被保險人本人，本公司不受理其變更或指定。

分期定期給付開始日，受益人備齊本契約給付申領文件之日起第\_\_\_\_日(最晚不得超過 15 日)，如未填寫將以第 1 日辦理。

身故保險金選擇分期定期給付者才需填寫

若未指定分期給付開始日，將以備齊給付申領文件之日起第1日辦理

| 身故保險金指定給付方式 | 受益人姓名 | 分期定期給付       |                |                                                                                                                                                                              |
|-------------|-------|--------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             |       | 一次給付<br>比例 % | 分期定期給付<br>比例 % | 期間                                                                                                                                                                           |
|             | 王大安   | 50           | 50             | <input checked="" type="checkbox"/> 5 年 <input type="checkbox"/> 10 年 <input type="checkbox"/> 15 年 <input type="checkbox"/> 20 年<br><input type="checkbox"/> 年(可填區間 5~20 年) |
|             | 王小美   | 80           | 20             | <input checked="" type="checkbox"/> 5 年 <input type="checkbox"/> 10 年 <input type="checkbox"/> 15 年 <input type="checkbox"/> 20 年<br><input type="checkbox"/> 年(可填區間 5~20 年) |
|             |       |              |                | <input type="checkbox"/> 5 年 <input type="checkbox"/> 10 年 <input type="checkbox"/> 15 年 <input type="checkbox"/> 20 年<br><input type="checkbox"/> 年(可填區間 5~20 年)            |

一次給付和分期給付之比例總和須為100%

- 本指定僅適用於【身故保險金】(不含【喪葬費用保險金】)雖於本欄位填寫，仍不生效力。
- 僅限就本契約指定之身故保險金受益人指定給付方式。
- 【一次給付】、【分期給付】二者之比例總和應等於 100%，若比例未填寫或填寫 0，則視為投保時不約定保險金分期給付。
- 給付期間為 5 年到 20 年，最長及最短年限得依所投保商品保單條款約定之給付期間選擇，如該期間有所變更時，則以變更後之期間為準。
- 身故保險金受益人不僅一人時，可針對不同受益人選擇不同之給付方式、比例及給付期間。
- 其他給付相關內容請詳保單條款。

三、投保內容 (本契約收付之款項皆以約定幣別為貨幣單位)

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |                                                                                              |      |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 投 保 險 種              | 安達人壽紅運旺旺美元分紅終身壽險(6PARWLSLD)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 約 定 幣 別  | <input checked="" type="checkbox"/> 美元 <input type="checkbox"/> 其他：_____                     |      |
|                      | 最低投保保額3000美元，最高承保保額250萬美元。其它特殊身分或職業者，投保限額依特殊投保規則辦理，請詳商品投保規則。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 5,000 元整 | 繳 費 年 期                                                                                      | 6 年期 |
| 繳 別                  | <input checked="" type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳 (採月繳者，首期需繳二個月)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          | 1.使用金融機構代繳保險費授權書者，請將授權編號填入要保書「紙本授權書」欄位。<br>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「立碼驗授權」欄位。 |      |
| 繳 費 方 式              | 首期： <input checked="" type="checkbox"/> 金融機構自動轉帳 <input type="checkbox"/> 匯款<br>紙本授權書【授權編號： <input type="text" value="1131204001"/> or <input type="text" value="CB24120001"/> 】需附「金融機構代繳保險費授權書」。<br>續期： <input checked="" type="checkbox"/> 金融機構自動轉帳 <input type="checkbox"/> 自行繳費<br>紙本授權書【授權編號： <input type="text" value="1131204001"/> or <input type="text" value="CB24120001"/> 】需附「金融機構代繳保險費授權書」。<br>* 若選擇以金融機構自動轉帳扣款者，授權編號欄位必填，並請檢附「金融機構代繳保險費授權書」。                                                                                                                                                      |          |                                                                                              |      |
| 自 動 墊 繳<br>(疊繳保單不適用) | <input checked="" type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意<br>【要保人是否同意續期保險費未在寬限期屆滿前繳付時，以保單價值準備金自動墊繳本契約保險費及利息？】<br>請依客戶需求勾選                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |                                                                                              |      |
| 揭 露 事 項              | <p>※要保人得於要保書或繳費寬限期間終了前以書面聲明，第二期以後的分期保險費於超過寬限期間仍未交付者，本公司應以本契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)自動墊繳其應繳的保險費及利息，使本契約繼續有效。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，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。</p> <p>1. 保險費收取方式：要保人需以約定幣別之貨幣繳交保險費，且將應交付本公司之款項全額存入或匯入本公司指定之外匯存款帳戶。(相關約定請詳保單條款)<br/>2. 匯款相關費用及其負擔對象：本保單相關款項之收付，匯款銀行及中間行所收取之相關費用，由匯款人負擔之，收款銀行所收取之收款手續費，由收款人負擔。(相關約定請詳保單條款)<br/>3. 匯率風險說明：(1) 匯兌風險：本保單相關款項之收付均以約定幣別為之，保戶須自行承擔就約定幣別與他種貨幣進行兌換時，所生之匯率變動風險。(2) 政治風險：本保單約定幣別之匯率可能受其所屬國家之政治因素(大選、戰爭等)而受影響。(3) 經濟變動風險：本保單約定幣別之匯率可能受其所屬國家之經濟因素(經濟政策法規的調整、通貨膨脹、市場利率調整等)而受影響。</p> |          |                                                                                              |      |

四、紅利給付方式

|         |        |
|---------|--------|
| 週年紅利之給付 | 增額分紅保額 |
|---------|--------|

※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；另為維護您的權益請確實了解保險法127條「保險契約訂立時被保險人已在疾病或致殘情形中者，保險人對是身疾病或分娩不負給付保險金之責任。」之規定。

### 五、告知事項

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                                                     |                    |                                                  |                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 身高(LBH1)<br><b>175</b> 公分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 體重(LBW1)<br><b>65</b> 公斤 | 服務單位 <b>CHUUB軟體設計股份有限公司</b>                                                                         | 營業性質<br><b>科技業</b> | 工作內容(含兼職)<br><b>程式設計工程師</b>                      | 是 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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |                                                                                                     |                    |                                                  | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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)<br>(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。 |                          |                                                                                                     |                    |                                                  | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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)<br>(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"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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"/> <input type="checkbox"/>            |
| 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<br>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<br><input type="checkbox"/> 繼續追蹤治療:最近一次就診年月 _____ 年 _____ 月 |                    |                                                  |                                                              |

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。

### 六、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、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。
- 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。
- 本人(要保人)已詳閱后附「匯率風險說明書」，並了解本保險係以約定外幣為收付幣別，持有本保險期間越長，匯率波動越難預測，匯率風險越高；本保險之保險費、保險給付、保險單借款、費用及其他款項之收付，皆以約定外幣進行，且須以外匯存款戶存撥之。本人或受益人向保險人領取各種外幣保險給付或本保險相關外幣款項後，如將前揭外幣款項兌換為新臺幣時，須自行承擔因匯率變動可能產生之匯兌損益及匯兌費用。業務員已確實告知上述情事。

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」、「保險商品簡介」及「個人資料蒐集、處理及利用告知書」各乙份。                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> 已審閱 |
| 業務員已充分說明保險費收取方式、匯款相關費用之負擔及商品所涉匯率風險及商品幣別所屬國家之政治、經濟變動風險等。本人(要保人)亦已詳閱「以外幣收付之非投資型人身保險匯率風險說明書」、「以外幣收付之非投資型人身保險客戶適合度調查評估表」並親自簽名確認。 | <input checked="" type="checkbox"/> 已確認 |
| 本人已了解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。銷售人員已確實告知前述情事。                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> 已確認 |

|                                                                                          |                               |                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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。 | (與要保人/被保險人關係: _____)<br>身分證字號(統一證號): _____<br>國籍: _____ 電話: _____<br>出生年月日: _____<br>法定代理人/監護人/輔助人簽名: _____ |
| 要保人簽名: <u>王大安</u>                                                                        | 被保險人簽名: <u>王小達</u>            |                                                                                                             |
| 申請日期: 113年 12月 04日                                                                       |                               |                                                                                                             |
| ※簽名欄請親自簽名，簽名欄若有塗改請重填要保書。<br>※未滿七足歲者，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。 |                               |                                                                                                             |

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。

※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        | 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                            |
| <b>CHUBB001</b> | <b>李大富 /</b>       | <b>1131204AA001</b> | <b>安達國際保險經紀人(股)有限公司<br/>簽署人 郭小德</b> |
| 保經/代分支名稱        | 招攬人員登錄字號/執業證號      | 聯絡手機或電話及分機          |                                     |
| <b>總公司</b>      | <b>023456789 /</b> | <b>0915123456 /</b> |                                     |

通路代碼: \_\_\_\_\_ 專案代碼: \_\_\_\_\_ 安達

新件送出時，請留意公司簽章欄位是否已蓋章

保經代分支代號及分支名稱，請勿漏填，以判別送件單位。