



安達人壽新贏利高手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0800-011709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	王小達		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、行動電話 至少需留一支聯絡電話	<input checked="" type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其它 _____		
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	聯絡電話	(H) (02)81611988	(O) (02)27927257		
	E-mail	abclifetw@gmail.com			行動電話	0918555888	
	被保險人住所	110 台北市信義區信義路五段8號12樓					
	※被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明？ ※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，請提供文件) <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(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：						
要保人	姓名	王大安		身分證字號(統一證號)	F198765432		
	出生日期	民國 48 年 10 月 01 日		國籍	<input checked="" type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其它 _____		
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	聯絡電話	(H) (02)81611988	(O) (02)87605888		
	E-mail	abclifetw@yahoo.com.tw			行動電話	0919333999	
	電子表單服務 (含保單帳戶價值通知)	<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) ※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 (聯絡地址)	<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：		<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：		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。 2. 選擇「紙本保單(條款QR code)」者，行動電話為必填。 3. 選擇「電子保單」者，要/被保險人之行動電話及E-mail皆為必填。				

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	(1) 王大安	F198765432 民國 48 年 10 月 01 日	父子	<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)
	(2) 王小美	F222333444 民國 69 年 04 月 28 日	姊弟	<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	(3) 法定繼承人	民國 年 月 日			<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	安達人壽新贏利高手變額萬能壽		
目標保險費	新臺幣	100,000	元整 繳費方式
定期定額超額保險費	新臺幣	5,000	元整 繳費方式

【金融機構自動轉帳授權編號：
*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」。
金融機構自動轉帳
【金融機構自動轉帳授權編號：**1120701001** or **CB11112011**】
*授權編號欄位必填，並請檢附「金融機構代繳保險費授權書」。

(1)「目標保險費」：彈性繳，且需符合目標保險費下限。
(2)「定期超額保險費」：月繳，且需符合定期定期額超額保險費下限。

1.使用金融機構代繳保險費授權書者，請將授權書編號填入要保書「繳費方式」欄位。
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「繳費方式」欄位。

基本保額

約定基本保額 _____元

彈性繳之首次繳納保險費總額乘上約定比率

保險年齡	15足歲-30歲	31歲-40歲	41歲-50歲	51歲
約定比率	190%	160%	140%	120%

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』

若勾選此選項，每月保單管理費將按下列基金序號扣除

指定下列投資標的扣費順序：若指定扣費順序，按下列順序扣除之；若無指定扣費順序，依保單條款約定方式扣除。

扣費順序	標的代碼	比例(%)	扣費順序	標的代碼	比例(%)
1	BSZAL002	20%	4		
2	BGZAL001	80%	5		
			6		
	標的代碼	比例(%)		標的代碼	比例(%)
	BSZAL002	20%			
	BGZAL001	80%			

投資標的分配比例之指定，需為整數百分比且總和為100%。

若有約定；定期定額超額保險費，則此欄位標的代碼需填寫。

標的最多可任選12檔，另投入之標的，請依各商品可連結基金為主，詳官網商品資訊。

依保單條款及附表一計算保險成本及保單管理費，按下列順序由保單帳戶價值扣除之：

一、保險成本及保單管理費(1)之金額者，按指定順序扣除之；若無指定，按右列順序扣除：①由基本帳戶中之貨幣帳戶扣除；②由基本帳戶中依當時各投資標的價值所佔比例計算後扣除；③由累積帳戶中之貨幣帳戶扣除；④由累積帳戶中依當時各投資標的價值所佔比例計算後扣除。

二、保單管理費(2)之金額者，按指定順序扣除之；若無指定，按右列順序扣除：①由基本帳戶中之貨幣帳戶扣除；②由基本帳戶中依當時各投資標的價值所佔比例計算後扣除。

三、保單管理費(3)之金額者，按右列順序扣除之：①由累積帳戶中之貨幣帳戶扣除；②由累積帳戶中依當時各投資標的價值所佔比例計算後扣除。

選擇配息型基金，需提供要保人帳號，配息才可配到帳戶，若未提供將依條款給付。

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)

本公司依保單條款之規定扣除匯款相關費用後給付。

台新 銀行 凱蒂 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之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。】

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：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	保險業務員/經紀人/代理人簽名	受理編號	簽署人章
CHUBB001	李大富		安達國際保險經紀人(股)有限公司 簽署人 郭小德
保經/代分支名稱	業務員登錄字號/執業證號	聯絡手機或電話及分機	
總公司	023456789	0915123456	

通路代碼： CHUBB

保經代分支代號及分支名稱，請勿漏填，以利判別送件單位。

新件送出時，請留意簽署欄位是否已蓋章

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 CHUUB軟體設計 股份有限公司	營業性質 科技業	工作內容(含兼職) 程式設計工程師	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"/> 是 <input checked="" 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 checked="" 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、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 checked="" 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(女性被保險人同答)					<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" 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 checked="" 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?					<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。					<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) COVID-19		2. 就診醫院 凱蒂診所		3. 就診大約起訖時間 自111年_9_月至111年_9_月	
4. 治療方式(手術名稱/門診/住院/服藥) 視訊看診 / 口服抗病毒藥物			5. 現在狀況： <input checked="" 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		

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。

五、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。

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

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：)
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：

要保人簽名：王大安

被保險人簽名：王小達

申請日期：111年12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。

