



# 安達人壽好安心重大傷病健康保險要保書

- ◎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0800-061988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。
- ◎被保險人身故致契約終止時，因其費率計算已考慮死亡脫退因素，故不退還健康險部分之解約金。

## 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)   | (O)                      | (02)27927257 |
|                  | 被保險人住所  | 11016台北市大安區忠孝東路四段285號3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)                                     |                          |              |
| ※被保險人是否參加全民健康保險？ |   | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否   |  |   |                          |              |
| 要保人              | 關係(係被保險人之)  | <input type="checkbox"/> 本人(可免填以下粗框欄位) <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 | 身分證字號(統一證號)              |              |
|                  | 出生日期  | 民國 年 月 日  | 聯絡電話   | (H)   | (O)                      | (02)87605888 |
|                  | E-mail  |   | 電話   |   |                          |              |
|                  | 要保人住所(聯絡地址)   | <input type="checkbox"/> 同被保險人住所 <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： |   |  |   |                          |              |

## 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 | 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<br>(2)王小美<br>(3)法定繼承人 |       | (1)父<br>(2)姊 | <input checked="" type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保人<br><input type="checkbox"/> 其他_____ | <input type="checkbox"/> 均分<br><input type="checkbox"/> 順位(請註明順位)<br><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，且指定分配方式。【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
  - 完全失能保險金及重大傷病保險金受益人，若被保險人未向本公司不受理其指定或變更。
- 1.書寫時，請勿超過欄位格子外。  
2.塗改簽名時，請勿簽於欄位格子內  
3.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 | 安達人壽好安心重   | 保險金額 | 新臺幣                                   | 萬元 |
| 保險費  | 新臺幣  | 元    | 【若投保內容符合該險種提供保險費折扣條件，保險費欄請填寫折扣前之保險費。】 |    |
| 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，首期需繳二個月) |      |                                       |    |

本保單主契約之續期保費如超過寬限期間仍未交付者，要保人是否同意保險公司得自動墊繳保險費：同意 不同意

※保險費自動墊繳利息計算方式：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之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。

|      |   |
|------|---|
| 繳費方式 | 首期： <input type="checkbox"/> 匯款、郵局劃撥、自動櫃員機繳費 <input checked="" 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)<br>*若選擇以信用卡/金融機構自動轉帳者，請另填「金融機構代繳保險費授權書」。 |

※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。

※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。

#### 四、告知事項

|   |                |  |      |   |
|---|----------------|--|------|---|
| 身高(LBH1)<br>公分  | 體重(LBW1)<br>公斤 | 服務單位   | 營業性質 | 工作內容(含兼職)                                 |
| 請回答第1-8項，是否有告知為「是」之情事？  |                |  |      |   |
| 1、過去兩年內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥後仍因同一傷病而被要求做以下的檢驗或檢查？(亦可提供病歷或檢查報告代替回答)(LY22)<br>(1) 六個月內有二次或二次以上的X光或超音波或血液檢查。<br>(2) 細胞學或內視鏡或核磁共振或電腦斷層檢查或正子攝影檢查。<br>(3) 肌電圖或神經傳導檢查。   |                |  |      | □是 □否                                     |
| 2、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)  |                |  |      |   |
| 3、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)  |                |  |      |   |
| 4、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。 |                |  |      |   |
| 5、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)。  |                |  |      |   |
| 6、過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？(LY52)   |                |  |      |   |
| 7、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)  |                |  |      |   |
| 8、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<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 |      |   |

|  |       |
|--|-------|
| 被保險人是否曾經取得或現在正在申請全民健康保險保險人所核定之「重大傷病」的資格？                           | □是 □否 |
| 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「蒐集、處理及利用個人資料告知書」各乙份。 | □已審閱  |

請記得打勾

#### 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請立電腦系統連線，並同意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參考。
- 本人(被保險人、要保人)同意安達人壽就本人之個人資料在該系統之資料以作為保險業務之核保或理賠之參考。該系統之資料在該系統之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。

|  |              |               |                     |
|--|--------------|---------------|---------------------|
| 要保人簽名：_____                                      | 被保險人簽名：_____ | 法定代理人簽名：_____ | (與要保人/被保險人關係：_____) |
| 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。<br>※未滿七足歲者，請由法定代理人代為簽名。 |              |               |                     |

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。<br>(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。<br>【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 type="checkbox"/> 服務人員轉交 <b>無指定者逕由服務人員轉交</b>  |         |            |      |
| 保經/分支代號   | 業務員簽名   | 受理編號       | 簽署人章 |
| 保經/分支名稱   | 業務員登錄字號 | 聯絡手機或電話及分機 |      |
| 板橋  |         | 0915123456 |      |

通路代碼：

專案代碼：

安達人壽受理章：

## 重要事項告知書

※被保險人須具備有效的全民健康保險被保險人身分，才能向「全民健康保險保險人」申請重大傷病證明；取得證明後，始得向本公司申請重大傷病保險金。

※被保險人經醫師首次診斷為重大傷病，並取得「全民健康保險保險人」核發之重大傷病證明，才符合重大傷病保險金申領資格。

※被保險人於投保前曾經取得或投保時正在申請全民健康保險保險人核定重大傷病證明者，或投保前曾經符合屬由診治醫師逕行認定，免向全民健康保險保險人申請重大傷病證明，而得免除全民健保部分負擔之資格者，本公司不負給付「重大傷病保險金」的責任。

※本險重大傷病範圍為「全民健康保險重大傷病範圍」，但不包含以下項目：

- (1) 遺傳性凝血因子缺乏。
- (2) 先天性新陳代謝異常疾病。
- (3) 心、肺、胃腸、腎臟、神經、骨骼系統等之先天性畸形及染色體異常。
- (4) 先天性免疫不全症。
- (5) 職業病。
- (6) 先天性肌肉萎縮症。
- (7) 外皮之先天畸形。
- (8) 早產兒所引起之神經、肌肉、骨骼、心臟、肺臟等之併發症。

要保人親自書  
寫“同意投保”

請留意，要保人、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。

本人已確實審閱及瞭解其內容

◎ 當您已確實且充分瞭解以上說明並願意投保時，請親自書寫「**同意投保**」字樣於下方空白處。

\_\_\_\_\_

要保人簽名： \_\_\_\_\_

法定代理人簽名： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日