



安達人壽珍愛一生重大傷病終身保險要保書

◎本公司資訊公開說明文件，請查閱本公司網址：www.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) _____ (O) _____		
	被保險人住所	□□□□	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)			
※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 (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 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) _____		
	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"/> □□□□			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	出生年月日	國籍	與被保險人關係	聯絡地址、電話	分配方式
身故保險金或喪葬費用保險金受益人						<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)
祝壽保險金受益人							<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。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。【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。
- 完全失能保險金及重大傷病保險金受益人為被保險人本人，本公司不受理其指定或變更。
- 本保險健康險部分因費率計算已考慮脫率，致健康險部分無解約金，亦無退還未到期保險費。

三、投保內容

投保險種	安達人壽珍愛一生重大傷病終身保險	繳費年期	年期	保險金額	新臺幣 萬元
	<input checked="" type="checkbox"/> 申請附加「安達人壽重大燒燙傷附加條款」(MBA) <input checked="" type="checkbox"/> 申請附加「安達人壽一至六級失能扶助保險金健康保險附加條款」(16DII) <input checked="" type="checkbox"/> 申請附加「安達人壽大眾運輸傷害保險限額給付附加條款」(PTLRB)				附加條款非保證續保商品
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： <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意					
※保險費自動墊繳利息計算方式：墊繳保險費的利息，自寬限期間終了之翌日起，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 type="checkbox"/> 金融機構自動轉帳 <input type="checkbox"/> 信用卡扣款(限首/續期保險費相同者) <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) *若選擇以信用卡或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，如有為隱匿或虛偽不為說明，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) 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1-8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) (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。 (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。 (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) (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) (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 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		

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「個人資料蒐集、處理及利用告知書」各乙份。 已審閱

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。

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：_____年_____月_____日 ※簽名欄請親自簽名，簽名欄若有塗改請重填要保書。		

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：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

保經/代分支代號	業務員簽名	受理編號	簽署人章
保經/代分支名稱	業務員登錄字號	聯絡手機或電話及分機	

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：

- 一、遺傳性凝血因子缺乏。
- 二、先天性新陳代謝異常疾病。
- 三、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。
- 四、先天性免疫不全症。
- 五、職業病。
- 六、先天性肌肉萎縮症。
- 七、外皮之先天畸形。
- 八、早產兒所引起之神經、肌肉、骨骼、心臟、肺臟等之併發症。

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

安達人壽傳統型個人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

安達人壽珍愛一生重大傷病終身保險 _____ ,

於民國_____年_____月_____日已取得上述保險契約條款樣張。

二、本人就上述傳統型個人人壽保險契約條款樣張之審閱期間聲明如下：

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

英屬百慕達商安達人壽保險股份有限公司台灣分公司

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

業務人員確認此份聲明書係由要保人親自簽名無誤。



業務員簽名：_____ / _____



個人資料蒐集、處理及利用告知書

英屬百慕達商安達人壽保險股份有限公司台灣分公司（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（00一）。
- （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）。

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）。
- （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）保險契約所需填載及保險契約變更申請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：因執行業務所必須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、財團法人保險犯罪防治中心、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、與本公司合作推廣保險契約之保險代理人／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(包括但不限於自動化剖析方式之個人資料處理)。

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或檔案。
 - 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、限制處理或利用及請求刪除。
- （二）行使權利之方式：以書面、電子郵件、傳真等方式（連絡方式詳保險單首頁）。

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。

七、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，本公司將於提供保戶服務時，或透過其他方式通知 台端。若 台端有任何問題，請您與我們聯繫（本公司服務專線 0800-061-988）或洽金管會(金融服務專線 1998)諮詢。



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：_____

【FATCA 身分】
<p>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。)</p> <p><input type="checkbox"/>是，請檢附 W-9 表單(英文填寫)，免填第 2、3 題</p> <p><input type="checkbox"/>否，請續填第 2 題</p>
<p>二、您的出生地是否為美國(含美國屬地)？</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>否，請續填第 3 題</p>
<p>三、您是否具有下列任一項美國指標，但非美國納稅義務人？</p> <p>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</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>否</p>
【CRS 身分】
<p>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？</p> <p><input type="checkbox"/>是，請檢附自我證明表-個人(英文填寫)</p> <p><input type="checkbox"/>否</p>

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 簽名	
業務員 簽名	/	填寫日期	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 * 8 1 5 *

要保單號碼		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、家中主要經濟來源者：要保人 被保險人 其他(請說明)_____。
- 三、要保人與被保險人投保目的及需求(可複選)：
保障 子女教育經費 退休規劃 房屋貸款 其他(請說明)_____。
- 四、本次投保的保險費來源為：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 其他，請說明：_____。

(倘保險費來源為保單借款、貸款或保單解約金，請另檢附【繳費來源確認暨聲明書】)

五、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	新台幣約	萬元	新台幣約	萬元
	其他收入(如利息、房租等)	新台幣約	萬元	新台幣約	萬元
家庭年收入		新台幣約	萬元	新台幣約	萬元
資產	動產(如存款/股票/基金等)	新台幣約	萬元	新台幣約	萬元
	不動產	新台幣約	萬元	新台幣約	萬元
服務單位/工作內容(含兼職)		/		/	

※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_____。

六、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分之文件等)是否與要保書填載之內容相符?	是	否
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?		
八、招攬時，是否已親晤要/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?		
九、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_____		
十、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)?		
十一、本契約付款人是否為要保人或被保險人?若否，請檢附【非要保人繳納保費說明書】		
十二、要保人及被保險人是否投保其他商業保險?		
十三、客戶於本契約投保前三個月內是否有辦理貸款、保單借款或保單解約? 若 是 ，請勾選借款人/解約申請人為本契約之 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 實際繳交保險費之利害關係人		
十四、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，是否為招攬業務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_____		
十五、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_____		
十六、要保人或被保險人是否為現任(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_____		
十七、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?		
十八、其他有利於核保之資訊：_____		

招攬單位	業務員簽名	簽署人章
錄音編號	日期	

註：執業之保險經紀人或保險代理人，為業務招攬時，請於業務員簽名欄簽名。



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.子女教育經費 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 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 英屬百慕達商安達人壽保險股份有限公司台灣分公司

要保人簽名		法定代理人簽名	
被保險人簽名		業務員簽名	/

填寫日期：_____年_____月_____日

