



安達人壽鑫龍星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0800-061988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	身份證字號(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)			
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 紅框處 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	身份證字號(統一證號)	
	出生日期	民國 年 月 日	聯絡電話	(H) _____ (O) _____		
	E-mail	E-mail: <input type="checkbox"/> 申請電子表單服務(含保單帳戶價值通知，若未勾選逕以書面通知)			行動電話	
	職業(含兼職)	【服務單位】		【工作內容】		
	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：				
*以 QR Code 取代紙本保險契約條款			<input type="checkbox"/> 是(行動電話必填) <input type="checkbox"/> 否 (若未指定則以「一般紙本」方式提供)			

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	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他：	民國 年 月 日		<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)
	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他：	民國 年 月 日		<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保人 <input type="checkbox"/> 其他：	
	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他：	民國 年 月 日		<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保人 <input type="checkbox"/> 其他：	
祝壽保險金受益人	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他：	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)	

- 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。
【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。
- 2.【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

主險種名稱	安達人壽鑫龍星變額萬能壽險 <input type="checkbox"/> 甲型 <input type="checkbox"/> 乙型 <input type="checkbox"/> 丙型	基本保額	新臺幣 _____ 萬元			
目保險費	新臺幣 _____ 元整	超保額費	定期定額：新臺幣 _____ 元整 首次單筆追加：新臺幣 _____ 元整			
繳別	<input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 月繳（首期須繳交2個月保險費）					
繳費方式	首期： <input type="checkbox"/> 金融機構自動轉帳 <input type="checkbox"/> 信用卡扣款（需符合本公司信用卡扣款規範） <input type="checkbox"/> 匯款、郵局劃撥、自動櫃員機繳費 <input type="checkbox"/> 即期支票 【金融機構自動轉帳或信用卡扣款授權編號：_____】 續期： <input type="checkbox"/> 金融機構自動轉帳 <input type="checkbox"/> 信用卡扣款（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） 【金融機構自動轉帳或信用卡扣款授權編號：_____】 * 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」。					
投資標的及保險相關費用收取方式	<input type="checkbox"/> 指定下列投資標的扣費順序：若無指定，按右列順序由保單帳戶價值扣除之：一、由貨幣帳戶扣除；二、由保單帳戶價值中依當時各投資標的價值所佔比例計算後扣除。					
	扣費順序	標的代碼	比例(%)	扣費順序	標的代碼	比例(%)
	1			4		
	2			5		
3			6			
投資標的收益分配或提減（撥回）投資資產指定帳戶（限要保人）	本公司依「安達人壽鑫龍星變額萬能壽險保單條款」第十五條規定給付。 _____ 銀行 _____ 分行 帳號： _____ 【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。】					

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) 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 1-7 項，是否有告知為「是」之情事？

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) □是 □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)

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。

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)

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

- 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。

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

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。
 *未滿七足歲者，請由法定代理人代為簽名；
 未滿二十足歲或受有監護宣告尚未撤銷者，法定代理人亦須簽名。**

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。
 (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**

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
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	

通路代碼：

專案代碼：

安達人壽受理章：

重要事項告知書

1. 保單帳戶價值可能因費用收取或投資績效變動造成損失或為零。**本商品所連結之一切投資標的無保本、提供定期或到期投資收益，最大可能損失為全部投資本金。要保人應承擔一切投資風險及相關費用。要保人於選定該項投資標的前，應確定已充分了解其風險與特性。**
2. **稅法相關規定之改變可能會影響本險之投資報酬及給付金額。**
3. **投資風險：本商品所連結之一切投資標的，其發行或管理機構以往之投資績效不保證未來之投資收益，除保險契約另有約定外，本公司不負投資盈虧之責，要保人投保前應詳閱商品說明書。**
4. 本公司為協助防制洗錢交易、短線交易及履行相關法規所規定之投資標的交易應遵循事項，得依主管機關或投資標的發行公司之要求提供要保人之個人資料。
5. 要保人選擇連結的投資標的時，請留意①投資型保單所連結標的之配息或資產撥回機制來源可能為本金②投資人投資高收益債券基金不宜占其投資組合過高之比重③由於高收益債券之信用評等未達投資等級或未經信用評等，且對利率變動的敏感度甚高，故可能會因利率上升、市場流動性下降，或債券發行機構違約不支付本金、利息或破產而蒙受虧損，請投資人應審慎評估。
6. 要保人所繳交之保險費不得低於本公司規定之最低金額，且每次繳付之保險費金額不得低於本公司當時規定最低金額，亦不得超過本險報主管機關最高金額。
7. 保單帳戶價值之計算（請參閱保單條款第二條）：係指以新臺幣為單位基準，其價值係依本契約所有投資標的之投資標的價值總和加上尚未投入投資標的之金額；但於首次投資配置日前，係指依保單條款第二條第十二款方式計算至計算日之金額。
8. 本契約於要保人投保、每次繳交保險費及申請基本保額變更時，應符合保險費交付及基本保額變更的限制。（請參閱保單條款內容）
9. 本契約「首次投資配置日」（請參閱保單條款第二條）：係指根據保單條款第四條約定之契約撤銷期限屆滿之後的第一個資產評價日。
10. 保險單借款之條件：本契約有效期間內，要保人得向本公司申請保險單借款，其可借金額上限請參閱保單條款第三十五條。
11. 投資型壽險保單保險公司收取之相關費用一覽表（請參閱保單條款附表一）

費用項目	收取標準						
一、保費費用	(1) 依每次繳交之目標保險費乘以該目標保險費之保險費年度所對應之費用率（如下表）作為保費費用。						
	保險費年度	1	2	3	4	5	6~
	費用率	60%	60%	15%	10%	5%	0%
	(2) 依每次繳交之超額保險費乘以 3% 作為保費費用。						
二、保險相關費用							
1. 保單管理費	每月為新臺幣 100 元。						
2. 保險成本	(1) 本契約保險成本：根據每月保險成本費率表，依扣款當時被保險人之保險年齡與淨危險保額計算。其中淨危險保額會因要保人選擇之保險型態（如甲型、乙型、丙型）而不同。 (2) 附約保險成本：根據附約每月保險成本費率表，依扣款當時被保險人之保險年齡與附約保險金額計算。						
三、投資相關費用（詳細內容如投資標的之各項費用彙整）							
1. 申購手續費	(1) 貨幣帳戶：無。 (2) 指數股票型基金 (ETFs)：1%。 (3) 共同基金：無。 (4) 全權委託投資帳戶：無。						

費用項目	收取標準
2. 管理費	(1) 貨幣帳戶：無。 (2) 指數股票型基金 (ETFs)：1.4%。 (3) 共同基金：無。 (4) 全權委託投資帳戶：1.3%~1.5%。
3. 保管費	(1) 貨幣帳戶：無。 (2) 指數股票型基金 (ETFs)：0.1%。 (3) 共同基金：無。 (4) 全權委託投資帳戶：0%~0.05%。
4. 贖回費用	(1) 貨幣帳戶：無。 (2) 指數股票型基金 (ETFs)：無。 (3) 共同基金：無。 (4) 全權委託投資帳戶：無。
5. 轉換費用	每一保單年度內六次免費，超過六次起每次收取新臺幣 500 元。
6. 其他費用	無。
四、解約及部分提領費用	
1. 解約費用	無。
2. 部分提領費用	每一保單年度內六次免費，超過六次起每次收取新臺幣 1,000 元。
五、其他費用	
1. 短線交易費用	由投資標的所屬公司收取，本公司未另外收取。

<input type="checkbox"/> 本人已瞭解本保險商品之重要事項 <input type="checkbox"/> 本人已同意投保 <input type="checkbox"/> 被保險人年齡已達 65 歲(含)，且已充分瞭解並願意承擔本商品之投資風險	要保人簽名： _____ 被保險人簽名： _____ 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要保書。

安達人壽附約要保書(含要保人/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		/	<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)						
※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	
	☆安達人壽保平安一年期多倍型意外傷害保險附約	ADDDA	保額： 萬元	保額： 萬元	保額： 萬元	
	安達人壽安家 360一年期一至六級失能扶助保險金健康保險附約	DIR	保額： 萬元	/		
	安達人壽全心照護一年期失能保險附約	DR	保額： 萬元			
	☆安達人壽陽光天使重大燒燙傷傷害保險附約	MBR	保額： 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：	
<p align="center">□附加安達人壽二至六級失能豁免保險費健康保險附約(本附約之被保險人為要保人,如有附加本附約者,請填寫告知事項。)</p>						
<p>※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。</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p>						

※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。
	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)	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？
要保人				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
主被保險人				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<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
被保險人_子女(1)簽名	被保險人_子女(2)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。
※未滿七足歲者，請由法定代理人代為簽名；
未滿二十足歲或受有監護宣告尚未撤銷者，法定代理人亦須簽名。

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

安達人壽鑫龍星變額萬能壽險

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：_____ / _____



要保人委託壽險業者辦理結匯授權書

保單號碼	※新契約投保時免填此欄位	要保人姓名	
<p>立授權書人(即要保人)茲依中央銀行外匯局台央外伍字第〇九一〇〇三四二四〇號函規定,授權英屬百慕達商安達人壽保險股份有限公司台灣分公司依本人所簽訂之保險合約約定,代理本人以下列方式辦理各項結匯相關事宜:</p> <p>一、透過金融機構辦理「指定用途信託資金投資國外有價證券」業務方式,向央行申請核准,辦理結匯。</p> <p>二、以本人每年結匯額度辦理結匯。</p> <p>英屬百慕達商安達人壽保險股份有限公司台灣分公司代理要保人辦理幣別間轉換,均依該保險合約約定之匯率給予要保人。本人瞭解並同意承受市場匯率變動所帶來之投資風險。在收到本人之書面通知終止本授權書前,本授權書永久有效。</p> <p>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</p>			
要保人身份證號 /外僑居留證號		要保人 出生日期	年 月 日
立授權人 (要保人) 簽名		法定代理人/ 監護人 簽名	

※要保人適用資格：要保人需年滿 20 足歲（依中央銀行及管理外匯條例規定）。

※惟如要保人未滿 20 足歲但每次結匯金額低於新台幣 50 萬元時，則不受年滿 20 足歲之限制（依銀行業輔導客戶申報外匯收支或交易應注意事項規定）。

中 華 民 國 年 月 日



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

※將依本次投資風險屬性一併變更同一要保人於本公司之所有保單。

下列各項問題係為協助本公司瞭解保戶之財務目標與風險容忍度，據以分析其需求與評估購買商品之適合度

一、您(要保人)的年齡為： <input type="checkbox"/> ①66歲以上 <input type="checkbox"/> ②41歲~65歲 <input type="checkbox"/> ③40歲以下 (法人以最低分計算)
二、投資經驗： <input type="checkbox"/> ①新手 <input type="checkbox"/> ②有一些經驗 <input type="checkbox"/> ③非常有經驗
三、以目前的財務狀況能否支付未來3年的日常生活： <input type="checkbox"/> ①很吃緊 <input type="checkbox"/> ②還可以 <input type="checkbox"/> ③很充裕
四、財務目標： <input type="checkbox"/> ①避免資產損失 <input type="checkbox"/> ②資產穩定成長 <input type="checkbox"/> ③資產迅速成長
五、本金損失承受度： <input type="checkbox"/> ①5%以下虧損 <input type="checkbox"/> ②6%~10%虧損 <input type="checkbox"/> ③11%~30%虧損 <input type="checkbox"/> ④31%以上虧損
六、匯率風險承受度： <input type="checkbox"/> ①5%以下虧損 <input type="checkbox"/> ②6%~10%虧損 <input type="checkbox"/> ③11%~30%虧損 <input type="checkbox"/> ④31%以上虧損
七、投資偏好： (可複選，以分數較高者計分) <input type="checkbox"/> ①存款 <input type="checkbox"/> ②債券 <input type="checkbox"/> ③股票、基金 <input type="checkbox"/> ④期貨、選擇權或其它衍生性金融商品
※ <input type="checkbox"/> 要保人已瞭解：所繳付之費用係用以購買安達人壽保險商品，若為投資型保險其投資損益(含價格和匯率波動)須自行承擔，且最大可能損失為其原投資金額全部無法回收。
※有關本人所選定的境外基金之公開說明書中譯本及投資人須知之交付，確認並勾選如下： <input type="checkbox"/> 已取得並充分審閱及了解其相關風險。 <input type="checkbox"/> 已自行上網閱讀或由安達人壽官方網站(https://life.chubb.com/tw-zh/)或境外基金資訊觀測站(http://www.fundclear.com.tw/)或各基金公司網站中下載取得，並充分審閱及了解其相關風險。
※ <input type="checkbox"/> 要保人已由安達人壽提供之商品說明書或官方網站中閱讀及了解基金通路報酬揭露之內容。
※有關投資型保險商品說明書之交付，本人確認並勾選、說明如下： <input type="checkbox"/> 本人於要保書填寫前已同意採用電子文件方式交付，亦即逕由安達人壽官方網站(https://life.chubb.com/tw-zh/)或其連結中瀏覽或下載，確認已收訖。 <input type="checkbox"/> 已以紙本方式交付。

◎要保人非中華民國之國民者，請說明 台端是否為中華民國境內居住之個人(註1)

註1：中華民國境內居住之個人係指符合下列條件之一者：①在中華民國境內有住所，並經常居住中華民國境內；或②在中華民國境內無住所，而於一個課稅年度內在中華民國境內居留合計滿183天者。

註2：如於契約有效期間，台端已非中華民國境內居住之個人時，請洽保戶服務部辦理變更事宜。

是
否

要保人簽名	法定代理人簽名
-------	---------

【以下請業務人員填寫並簽名】

加總分數：分

財務目標暨投資風險屬性與商品之適合度說明：

未滿11分	保守型 RR1~RR2	保戶投資態度較為保守，且無法承擔風險或可承擔投資風險較低，其投資組合僅適合提供穩定收益的投資標的，適合風險等級為RR1~RR2之投資標的。
11分~17分	穩健型 RR1~RR4	保戶投資態度較為穩健，可承擔投資風險較低，其投資組合最好配置較多風險較低或穩定收益的投資標的，適合風險等級為RR1~RR4之投資標的。
18分以上	積極型 RR1~RR5	保戶投資態度較積極，願意承擔較高投資風險以換取較大的報酬，其投資組合可配置較多風險等級較高的投資標的，適合風險等級為RR1~RR5之投資標的。

本人(業務員)已確實請客戶提供資訊，以充分了解客戶之財務目標及風險容忍度，且本人業已提供足以讓客戶瞭解投資型保險商品所連結境外基金內容，並以清楚、公平、無誤導之方式向客戶說明，評核客戶現況與需求，分析結果客戶屬性與商品風險相符，適合購買本商品。

業務員簽名	/	填寫日期	年 月 日
-------	---	------	-------



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、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：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

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



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

本風險預告書內容係依據「投資型保險資訊揭露應遵循事項」規定，遵照中華民國證券投資信託暨顧問商業同業公會「證券投資信託基金募集發行銷售及其申購或買回作業程序」第十七條及「會員及其銷售機構通路報酬支付暨銷售行為準則」第八條規定訂定之。要保人投保之投資型保險商品，其連結標的為以投資高收益債券為訴求之基金類型者，應簽署本風險預告書。

本人(要保人)於選定投資標的前，已充分瞭解下列以投資高收益債券為訴求之基金之特有風險：

- 一、信用風險：由於高收益債券之信用評等未達投資等級或未經信用評等，可能面臨債券發行機構違約不支付本金、利息或破產之風險。
- 二、利率風險：由於債券易受利率之變動而影響其價格，故可能因利率上升導致債券價格下跌，而蒙受虧損之風險，高收益債亦然。
- 三、流動性風險：高收益債券可能因市場交易不活絡而造成流動性下降，而有無法在短期內依合理價格出售的風險。
- 四、要保人選定以投資高收益債券為訴求之基金為投資標的，不宜占其投資組合過高之比重，且不合適無法承擔相關風險之要保人。
- 五、若高收益債券基金為配息型，基金的配息可能由基金的收益或本金中支付。任何涉及由本金支出的部份，可能導致原始投資金額減損。基金進行配息前可能未先扣除行政管理相關費用。
- 六、高收益債券基金可能投資美國 144A 債券（境內基金投資比例最高可達基金淨資產價值之 30%；境外基金不限），該債券屬私募性質，易發生流動性不足，財務訊息揭露不完整或價格不透明導致高波動性之風險。
- 七、高收益債券基金若持有衍生性商品部位，可能造成基金淨值高度波動及衍生其他風險。基金投資若涉及投資新興市場部份，因其波動性與風險程度可能較高，且其政治與經濟情勢穩定度可能低於已開發國家，亦可能使資產價值受不同程度之影響。

本人（要保人）對上述相關風險已充分瞭解，特此聲明。本聲明書同時適用嗣後本人依投資型保險商品所連結於本類基金之所有投資。

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	
填寫日期	年	月	日

