



美商安達保險

喜樂平安 事事順達

ACE美商安達保險 旅行平安險



商品內容

■意外傷害身故及殘廢

■意外傷害醫療

■海外突發疾病門診/住院醫療

【海外突發疾病】美加、歐洲、日本、紐澳地區，保障自動加倍

·美加：200% ·歐洲：150% ·紐澳：150% ·日本：150% ·其他地區：100%

【海外突發疾病】含有門診醫療保險給付

·出國前90天未曾接受治療或用藥的疾病(一般皆為180天)

傳真投保自動回覆專線

0800-888-011



公司簡介

美商安達保險股份有限公司(AAIC)為全球保險與再保險的領導者，美商安達保險集團ACE Group of Companies的成員公司之一。美商安達保險集團自西元1792年起至今，在50餘國設有分支機構，提供全球客戶所需之在地服務。美商安達保險集團2008年總資產高達七百二十億九千萬美金，為紐約證券交易所(NYSE)掛牌上市公司，其財務實力及營運表現獲得標準普爾及AM Best給予A+之評等。

美商安達保險股份有限公司台灣分公司於民國91年4月成立，全力發展金融通路保險業務，為台灣地區唯一專業經營健康及傷害保險的外商保險公司，我們具備全球化的電腦系統，擁有龐大資料管理功能，無論在客戶資料、核保記錄、保單維護管理及保單列印系統等，均能提供客戶個人化的服務，是您的最佳選擇。



豐富的海外急難救助服務

旅遊協助	1.行前資訊(包括接種及簽證等資訊)	4.護照遺失協助	7.緊急資訊/文件傳送
	2.通譯/秘書推薦服務	5.使領館相關資訊提供	
醫療協助	3.行李遺失協尋	6.天氣及匯率資訊提供	
	1.電話醫療諮詢	4.安排入院許可	7.代墊住院醫療保證金費用
	2.推薦醫療服務機構	5.住院時病況觀察	
緊急醫療協助	3.安排預約醫師看診	6.代墊住院醫療費用	
	1.安排緊急醫療轉送	4.安排緊急醫療轉送回國	
	2.安排親友前往探視	5.安排遺體/骨灰運送回國或當地安葬	
	3.安排未成年子女回國		



投保年齡/保額/保險期間限制

年齡	旅行平安險保額	保險期間
0歲~未滿14足歲	200萬	最長180天
14足歲(含)以上~65足歲(含)	2,000萬	最長180天
超過65足歲~70足歲(含)	1,500萬	最長180天
超過70足歲~75足歲(含)	500萬	最長180天
超過75足歲~80足歲(含)	300萬	最長180天
超過80足歲~90足歲(含)	100萬	最長30天

註：

- 1.被保險人旅行險投保家數(含美商安達保險)不得超過四家保險公司，且合計總保額不得超過4,000萬元。
- 2.投保傷害醫療險(MR)，其保險金額不得超過傷害險(AD&D)保險金額之10%即新台幣200萬為上限。
- 3.投保海外突發疾病健康險(EMR)，其保險金額不得超過傷害險(AD&D)保險金額之10%，且上限為新台幣100萬元。
- 4.每張保單總保險金額累計逾1億5千萬時，請於生效日前2天通知美商安達保險核保部門。



商品文號

安達保險旅行平安保險

中華民國91年08月09日安達(91)函字第045號函備查；

中華民國98年02月18日安達商字第0980144號函備查

安達保險海外突發疾病健康保險

中華民國97年8月1日 安達商字第970188號函備查；

中華民國97年9月1日 安達商字第970227號函備查

投保需知：

- 1.消費者於購買本商品前，應詳閱各種銷售文件內容，如要詳細了解本商品之附加費用或其他相關資訊，請洽業務員、本公司服務中心(免付費服務暨申訴專線電話：0800-339-899)或網站(<http://www.ace-ina.com.tw>)，以保障您的權益。
- 2.查閱本公司資訊公開說明文件，請連結本公司網址：www.ace-ina.com.tw或至本公司(地址：台北市信義路5段8號11樓)查詢。
- 3.本簡章僅供參考，詳細商品內容以投保當時保單條款內容為準。

2009年8月印製 ACE001

美商安達保險股份有限公司
www.ace-ina.com.tw

免付費服務暨申訴專線：0800-339-899 傳真投保自動回覆專線：0800-888-011



美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司
旅行平安綜合保險要保書

99.02.03 北增商字號 0990064 號函備查
99.03.22 金管保理字第 09902545200 號函核准

- ◎本公司資訊公開說明文件，請查閱本公司網址：www.ace-ina.com.tw 或洽免費服務專線 0800-608-989 或至本公司查詢。
◎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。
◎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。

個人件 集體投保彙繳保件 (請勾選) 保單號碼：_____ 要保書編號：_____

要保人	要保人(要保單位)姓名	身分證字號/護照號碼/統一編號：	與被保險人關係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> _____	
	聯絡地址：□□□□□□		電話：	傳真：
被保險人	被保險人姓名： <input type="checkbox"/> 另附名冊(投保總人數：_____人)	身分證字號/護照號碼：	出生年月日：	
	住居地址：□□□□□□ (投保旅行期間居家竊盜險者務必填寫)		旅行目的： <input type="checkbox"/> 觀光 <input type="checkbox"/> 出差 <input type="checkbox"/> 遊學 <input type="checkbox"/> 其它_____	旅行方式： <input type="checkbox"/> 飛機 <input type="checkbox"/> 遊覽車 <input type="checkbox"/> 輪船 <input type="checkbox"/> 其它_____
	身故保險金受益人：_____ (註明順位/比例)與被保險人關係		目的地： <input type="checkbox"/> 本島 <input type="checkbox"/> 離島 <input type="checkbox"/> 海外(請註明)_____	
	契約生效日：民國_____年_____月_____日 時起(24小時制)至_____年_____月_____日 時止共計_____天(註一)		被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (請詳述)_____	

保險種類 (請勾選)	保障內容	保險金額(新台幣) (請自行填寫)	
<input type="checkbox"/> 旅行平安保險	意外身故及殘廢保險(註二)	_____萬元	
	意外傷害醫療保險	_____萬元	
<input type="checkbox"/> 海外突發疾病健康保險(限旅行目的地為海外地區者投保)	海外突發疾病住院醫療保險	_____萬元	
	海外突發疾病門診醫療保險	海外突發疾病住院醫療費用保險金之千分之六	
<input type="checkbox"/> 海外旅行綜合保險 (個人保障型) (限旅行目的地為海外地區者投保)	承保項目	<input type="checkbox"/> 經濟型	<input type="checkbox"/> 豪華型
	1.旅程取消保險	120,000 元	120,000 元
	2.旅程縮短保險	120,000 元	120,000 元
	3.旅行文件損失保險	1,000 元	10,000 元
	4.旅程延誤保險(註三)	1,500 元	9,000 元
	5.行李損失保險(註四)	10,000 元	80,000 元
	6.行李延誤費用保險	4,500 元	4,500 元
	7.第三人責任保險	1,000,000 元	4,000,000 元
8.旅行期間居家竊盜保險(註五)	10,000 元	50,000 元	
每人保險費：_____元 × 被保險人人數：_____人		保險費合計：_____元	

*海外突發疾病健康保險所稱「突發疾病」係指被保險人非係以獲得海外醫療為目的，並在每次出國前九十日內未曾接受過該項疾病之診斷、治療或用藥，且需即時在醫院或診所治療始能避免損害身體健康之疾病；若該項疾病已完全治療痊癒而在海外期間再度發生者，亦視為突發疾病。

注意事項：
被保險人若因非約定之事故而致保險契約效力終止時，本公司將依保險契約條款之約定退還未到期保險費給要保人。
要保人及被保險人聲明事項：
1.本人(被保險人)同意美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司(以下簡稱美商安達保險)查閱本人相關之醫療記錄及病歷資料。
2.本人(被保險人)同意美商安達保險將本要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線，以作為其會員公司受理本人投保時之核保參考，但各該公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以前開資料作為承保與否之依據。
3.本人(被保險人、要保人)同意美商安達保險得依「電腦處理個人資料保護法」之相關規定，對本人之個人資料，有為蒐集、電腦處理或國際傳遞及利用之權利。
4.本人(被保險人、要保人)已知悉並明瞭實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申領保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保美商安達保險二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知美商安達保險有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而美商安達保險仍承保者，美商安達保險對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知美商安達保險者，同意美商安達保險對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不負給付責任。
■「聲明事項」之內容應由要保人及被保險人親自確認後簽名。■如填寫時有塗改任何資料請於塗改處簽名確認。

註一：所載日時以中原標準時間為準。註二：以未滿15歲之未成年人為被保險人時，本欄僅為「殘廢保險金額」。註三：對於被保險人之延誤，每滿6小時本公司給付新台幣1,500元，但最高給付金額以本保險單所載保險金額為限。註四：對於每件物品之損失，本公司所負之責任最高以新台幣8,000元為限，且所有物品合計最高之理賠金額以保險單上所載之保險金額為限。註五：所承保建築物以被保險人自有者為限。註六：其他規定事項詳條款內容規定。

要保人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____ (未滿20歲應填請法定代理人簽名)
被保險人簽名：_____ 申請日期：民國_____年_____月_____日

■保單暨收據寄送地址：聯絡地址 住居地址 保經/代轉送 其它地址：_____ (未勾選將寄送至聯絡地址)
【下欄由保險經紀人/代理人及保險公司填寫】

業務單位：	業務員簽名：	聯絡電話：	保險經紀人/代理人簽署人章	保險公司經辦：	保險公司覆核：
備註：	登錄證字號：	傳真：			

本單請於2010年12月31日前使用，逾期無效。



ace insurance

美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司
旅行平安綜合保險集體件名冊

99.02.03 北增商字第 0990064 號函備查
99.03.22 金管保理字第 09902545200 號函核准

- ◎本公司資訊公開說明文件，請查閱本公司網址：www.ace-ina.com.tw 或洽免付費服務專線 0800-608-989 或至本公司查詢。
- ◎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。
- ◎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。

保單號碼	要保人
------	-----

序號	被保險人姓名及簽署(註七)	出生年月日	身分證或護照號碼	與要保人關係	身故保險金受益人	與被保險人關係
1	住居所地址：(投保旅行期間居家竊盜保險者務必填寫)					
	被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請詳述) _____					
2	住居所地址：(保旅行期間居家竊盜保險者務必填寫)					
	被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請詳述) _____					
3	住居所地址：(投保旅行期間居家竊盜保險者務必填寫)					
	被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請詳述) _____					
4	住居所地址：(投保旅行期間居家竊盜保險者務必填寫)					
	被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請詳述) _____					
5	住居所地址：(投保旅行期間居家竊盜保險者務必填寫)					
	被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請詳述) _____					
6	住居所地址：(投保旅行期間居家竊盜保險者務必填寫)					
	被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請詳述) _____					
7	住居所地址：(投保旅行期間居家竊盜保險者務必填寫)					
	被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請詳述) _____					
8	住居所地址：(投保旅行期間居家竊盜保險者務必填寫)					
	被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請詳述) _____					
9	住居所地址：(投保旅行期間居家竊盜保險者務必填寫)					
	被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請詳述) _____					
10	住居所地址：(投保旅行期間居家竊盜保險者務必填寫)					
	被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請詳述) _____					

註七：未滿 20 足歲須請法定代理人簽名。



ace insurance

美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司

信用卡付款授權書

申請日期： 年 月 日

保單號碼	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ <input type="checkbox"/> 要保人所有保單共_____件		
要保人姓名	要保人身分證字號		
聯絡電話	(公)	(宅)	(行動電話)
信用卡授權人姓名	信用卡授權人身分證字號		
與要/被保人關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 受益人		
發卡銀行：	_____ (請務必填寫)		
信用卡號：	_____ - _____ - _____ - _____		
信用卡有效期限：	/ (月/年)(與信用卡相符)		
信用卡授權人簽名	(須與信用卡之簽名樣式相同)		

保險費信用卡付款授權約定條款

- 授權人同意信用卡發卡機構按期自本授權書所指定信用卡(以下簡稱信用卡)帳戶內扣款,並代為支付指定保單應繳之首續期保險費予美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司(以下簡稱安達保險)。
- 若授權人以信用卡繳付續期保險費,授權人應於續期保險費應繳日前將本授權書送達安達保險,始生效力。逾期送達者,延至次期保險費應繳日始生效力,但若相關作業提前完成則本扣款作業將於當期起生效;若授權人欲變更繳費信用卡時,應重新填寫授權書,並於當期保險費應繳日前,將授權書送達安達保險,原授權書即告終止,逾期者自次期起始生效力,但若相關作業提前完成則本扣款作業將於當期起生效。
- 本授權書因填寫內容不全、錯誤或下列任一情形發生時,則自該事由發生日起失其效力:
(1)發卡機構不同意授權人依指定信用卡繳交保險費。(2)要保人無繳納保險費義務時。(3)要保人變更收費方式或終止保險契約之程序完成時。(4)授權人與發卡機構信用卡契約終止時。
- 保單之授權人因第3點情事致發卡機構無法扣款並繳付保險費予安達保險時,指定收費方式將自動轉換為"自行繳費"或安達保險指定之收費方式,且契約之寬限期仍依原保單條款約定事項處理。
- 請款結果若信用卡之信用額度扣除未償金額後不足支付該期應繳保險費之情形時,則於保單有效期內,安達保險保有再次請款之權利。本授權書效力不因指定保單保險費發生變動而受影響。
- 授權人以信用卡代繳保險費後,該筆保險費將併入當月份之信用卡消費明細中,授權人於收到當月份之繳款通知單後,應依發卡機構信用卡契約之約定全數繳納,或繳納最低應繳金額,未繳清之餘額則依信用卡約定條款之利率加計循環利息。各筆循環信用利息以各發卡機構約定條款起息日計算,與指定保單之寬限期無關。
- 授權人對安達保險之保險費計算、退補保險費或授權內容有所疑義,應自行與安達保險洽詢,概與發卡機構無涉。
- 若安達保險經由此項服務業務所收取保險費有退還必要時,除另有約定外,安達保險得逕行退還該款項予持卡人。
- 授權人指定繳付之信用卡如有卡號或有效期間變動等情事時,授權人應主動通知安達保險並重新填寫授權書,依第2點辦理生效。授權人不為或怠於前述通知及辦理相關程序,致安達保險無法以本授權書之信用卡自發卡機構取得各期保險費之信用卡授權時,不生繳付保險費之效力。原授權書於新授權書生效後即行終止。
- 授權人重填授權書前,安達保險就其指定之信用卡卡號不變之年度續卡,仍得依本授權書向發卡機構請求信用卡授權繳付各期應繳保險費。
- 授權書終止前應繳付予安達保險之保險費,授權人仍應依發卡機構所發之繳款通知書向發卡機構支付。
- 指定保單之被保險人身故或全殘時,如發卡機構已將身故或全殘後原應繳之保險費支付予安達保險者,授權人仍應依發卡機構所發之繳款通知書向發卡機構支付;倘有應退補款項,依第7點規定辦理。
- 授權人以同一張信用卡同時授權安達保險代繳二張以上保單之保險費時,代繳順序由安達保險衡量授權人之信用卡信用額度餘額與保單狀況權衡處理,要保人及授權人均無異議。
- 授權人應確實填寫本授權書各項資料,如有冒用他人帳戶使用者,須自負法律責任。
- 安達保險應依電腦處理個人資料保護法等相關法令,就本授權書填載資料負保密義務,不得任意洩漏予非執行本授權書業務之第三人,亦不得作本授權書目的範圍以外之使用。
- 上列約定條款如有未盡事宜,授權人得授權安達保險與發卡機構隨時協商修改之。

【以下由安達保險填寫】

受理人員/日期	經辦人員/日期	覆核人員/日期

TO: _____ 先生/小姐

From: _____ 先生/小姐

Fax: _____

傳真日: 年 月 日 (請於 月 日前回覆, 謝謝!)



ace insurance

美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司

保險契約內容變更申請書(TA)

20100501 版

保單號碼:	要保人:	被保險人:
身分證字號:	電話:(日)_____ (夜)_____ (手機)_____	
變更 <input type="checkbox"/> 通訊地址 <input type="checkbox"/> 戶籍地址: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
E-MAIL: _____ @ _____ (請以正楷書寫)		

本人要求契約變更項目如下:(請勾選變更項目。若有塗改處,請要保人於該處簽名或蓋章。)

壹. <input type="checkbox"/> 被保險人個人資料變更: <input type="checkbox"/> 身分證字號變更: _____ <input type="checkbox"/> 出生年月日變更: _____
貳. <input type="checkbox"/> 旅遊期間變更: 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日起, 共 _____ 天
參. <input type="checkbox"/> 身故保險金受益人變更(限親屬): <input type="checkbox"/> 順位(按填寫順位) <input type="checkbox"/> 比例(請註明比例) ※未勾選時採均分方式分配 1. 姓名 _____ 與主被保險人關係: _____ 身分證字號: _____ 百分比: _____ % 2. 姓名 _____ 與主被保險人關係: _____ 身分證字號: _____ 百分比: _____ % 3. 姓名 _____ 與主被保險人關係: _____ 身分證字號: _____ 百分比: _____ %
肆. <input type="checkbox"/> 保額變更: <input type="checkbox"/> 險種名稱: _____ 變更前保額: _____ 元, 變更後保額為: _____ 元。 <input type="checkbox"/> 險種名稱: _____ 變更前保額: _____ 元, 變更後保額為: _____ 元。 <input type="checkbox"/> 險種名稱: _____ 變更前保額: _____ 元, 變更後保額為: _____ 元。
伍. <input type="checkbox"/> 其 他(請說明): _____
要保人簽名: _____ (中文簽名) 被保險人簽名: _____ (中文簽名) <small>(七歲(含)以上之被保險人請親簽)</small>
法定代理人簽名: _____ (中文簽名) <small>(未滿七歲者或無行為能力人, 由法定代理人代為簽名; 七歲(含)以上未滿二十足歲者, 請法定代理人簽名確認。)</small> 申請日期: 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

批註欄(以下欄位為保險公司人員使用欄, 請勿填寫)

美商安達產物保險公司同意: <input type="checkbox"/> 上述保單契約內容變更自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日午夜十二時起生效。 保費調整為新台幣 _____ 元整。				
受理人員/日期	行政人員/單位主管	經辦人員/日期	核保人員/日期	覆核人員/日期
備註說明:				

美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司 客戶服務中心
110 台北市信義路區忠孝東路4段550號4樓客戶服務專線:0800-339899
傳 真:02-87581380