

1. 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 0800-339-899 或至本公司查詢。
2. 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。
3. 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，以避免權益受損。
4. 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。

保險種類	保障內容	保險金額 (單位: 新台幣元) (請擇一勾選)			
		<input type="checkbox"/> 計劃 A	<input type="checkbox"/> 計劃 B	<input type="checkbox"/> 計劃 C	<input type="checkbox"/> 計劃 D
安達產物個人物品及錢財遭竊盜搶奪強盜損失保險	金融提款卡或信用卡之盜用損失 (金融提款卡或信用卡合計以五張為限)	最高 3 萬	最高 3 萬	最高 3 萬	最高 3 萬
安達產物人身意外傷害保險附約	身故或殘廢保險金 重大燒燙傷保險金	100 萬 20 萬	200 萬 40 萬	300 萬 60 萬	500 萬 100 萬
安達產物特定天災意外事故傷害保險附加條款(註一)	特定天災意外事故傷害保險金 (颱風、暴風、龍捲風、洪水、地震、暴風雨引起的海嘯天然災變所致者)	200 萬	400 萬	600 萬	1000 萬
安達產物搭乘大眾運輸工具傷害保險附加條款(註一)	搭乘大眾運輸工具傷害保險金	300 萬	500 萬	1000 萬	1500 萬
安達產物意外傷害醫療保險給付(實支實付型)傷害保險附加條款	每次實支實付傷害醫療保險金(限額)	最高 3 萬	最高 3 萬	最高 5 萬	最高 10 萬
安達產物意外傷害住院醫療日額給付傷害保險附加條款(註二)	一般病房住院日額保險金(每日)	1,000 元	2,000 元	2,000 元	3,000 元
	加護病房住院日額保險金(每日)	2,000 元	4,000 元	4,000 元	6,000 元
	燒燙傷病房住院日額保險金(每日)	4,000 元	8,000 元	8,000 元	12,000 元
	骨折未住院保險金	最高 3 萬	最高 6 萬	最高 6 萬	最高 9 萬
安達產物意外傷害住院慰問金傷害保險附加條款	意外住院三日以上/每次事故給付一次住院慰問保險金	每次 3,000 元	每次 3,000 元	每次 3,000 元	每次 3,000 元
年繳保費(新台幣)		1,382 元	2,422 元	3,296 元	5,198 元

繳別 年繳 / 新台幣 _____ 元 繳費方式 以 匯款 信用卡 繳納保險費

是否同時投保其他保險公司之傷害保險(含其他實支實付型傷害醫療保險)? 否 是 (請詳述公司名稱及保險金額) _____

安達產物自動續保附加條款 要保人加保安達產物自動續保附加條款，由貴公司依本附加條款之約定，於保險期間屆滿後就上列投保項目逐年辦理自動續保。 同意 不同意 (如未勾選視為不同意)

要保人	出生日期	民國 年 月 日	身分證字號	(統一證號)
聯絡電話	日()	分機: ()	夜()	手機: ()
E-Mail	關係 係被保險人之			
聯絡地址	(本公司催告及有關各項通知之送達以聯絡地址為準，恕不接受郵政信箱，如有變更時要保人應立即以書面通知本公司)			

被保險人	<input type="checkbox"/> 同要保人	性別	出生日期	民國 年 月 日	身分證字號
公司名稱	職稱	工作內容	副業	(如無可省略)	
聯絡地址	(本公司催告及有關各項通知之送達以聯絡地址為準，恕不接受郵政信箱，如有變更時要保人應立即以書面通知本公司)				

身故保險金 受益人	姓名	身分證字號	與被保險人關係	順位	分配比例(%)
	1. 指定受益人若超過一人，未註明保險給付比例或順位，則以均分方式辦理。 2. 如無指定者，則以被保險人之法定繼承人為受益人。				

各項醫療保險金或殘廢保險金受益人限被保險人本人，本公司不受理其變更或指定。

保險期間 自民國 年 月 日午夜十二時起，為期一年。

註一：所載「安達產物特定天災意外事故傷害保險附加條款」、「安達產物搭乘大眾運輸工具傷害保險附加條款」之保險金額，為已包含「安達產物人身意外傷害保險附約」保險金額之總額 註二：所載「加護病房住院日額保險金」及「燒燙傷病房住院日額保險金」，為已包含「一般病房住院日額保險金」之總額。

被保險人告知事項	被保險人告知事項，請要保人及被保險人親自據實回答，如有故意隱匿、過失遺漏或為不實之說明者，本公司得依保險法第六十四條規定解除保險契約且不退還已繳之保險費。	是否
1、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(請勾選)?		
(1)高血壓症(指收縮壓 140mm 舒張壓 90mm 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。		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2、目前身體機能是否有下列障害(請勾選):		
(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 0.3 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。		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

上述若告知為『是』，請說明發生時間、診斷病名、醫院、治療日期與期間、治療方式、有無復發、目前狀況：

■ 錢財損失保險特別不保事項：

除共同不保事項外，有下列情形之一者，本公司亦不負賠償責任：

- 1. 被保險人未於知悉金融提款卡或信用卡於住居所外遭遇竊盜、搶奪或強盜後 24 小時內向核發金融提款卡或信用卡之金融機構通報掛失者。
2. 被保險人能自核發金融提款卡或信用卡之金融機構得到賠償之任何款項。
3. 被保險人未遵守核發金融提款卡或信用卡之金融機構之權利義務者，包括但不限於被保險人自願將金融提款卡或信用卡之提款密碼告知第三人之情事等。
4. 被保險人向核發金融提款卡或信用卡之金融機構通報掛失後所發生之任何損失。

■ 保單生效及續保

- 1. 本保險契約之生效日，以要保人繳付保險費或其指定之信用卡扣款或帳戶轉帳成功後，溯及「保險單上所载之日時」。
2. 本保險契約及其附加條款之保險期間為一年。續保保險費得依續保生效當時主管機關所核定之保險費調整，要保人若於保險期間屆滿後三十日內繳付調整之保險費，且經本公司同意續約且要保人於保險期間屆滿前或本公司指定之期限內繳交續約保險費，本保險契約及其附加條款得自動續約繼續有效。續約保險費未於前述期限前繳交者，視為不再續約。
3. 本保險契約最高可續保至 85 歲；但「安達產物特定天災意外事故傷害保險附加條款」及「安達產物搭乘大眾運輸工具傷害保險附加條款」最高可續保至 79 歲。

■ 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)查閱本人相關醫療記錄及病歷資料。
2. 本人(被保險人、要保人)同意美商安達保險將所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線資料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，而安達保險仍承保者，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安達保險者，同意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。

■ 本人已知悉本要保書所載「告知事項」及「聲明事項」之內容，並同意接受其相關內容之約束。

■ 本人已知悉金融消費者保護法揭露內容。

要保人簽名：

未成年人其法定代理人簽名：

被保險人簽名：

申請日期： 年 月 日

業務員簽章：

業務員單位：

業務員登錄字號：

業務員手機：

【下欄由保險公司填寫】

Table with 4 columns: 保單號碼, 職級, 第類, 保經/保代簽署人章, 安達產物保險受理章

(第二頁)

美商安達產物保險(股)台灣分公司業務人員報告書

壹、被保險人之健康狀態：

- 1. 外觀體況：健康普通肥胖虛弱蒼白黃疸病態
2. 被保險人的四肢五官是否有殘缺障礙或畸形：否是，若「是」請詳細說明：

貳、身故受益人身分之確認：

是否指定配偶或直系親屬：是 否，若「否」請詳填下欄：

Table with 4 columns: 受益人姓名, 身份證號碼, 與被保人關係, 指定該受益人之原因

參、要/被保險人投保目的：

增加保障風險移轉子女教育經費房屋貸款其他：

肆、要/被保險人家庭年收入或財務狀況：

0~50萬51萬~100萬101萬~200萬201萬~300萬300萬~500萬

伍、業務人員經攬過程：

- 1. 經攬時是否親晤要/被保險人或要保單位：是否
本契約是經由：陌生拜訪原已相識朋友/保戶介紹要/被保險人要求其他：

陸、本人(業務員)是否為合法登錄於要保書上所載之保險經紀人/保險代理人公司之合格業務員：是否

*本要保書是在本人輔導下由要保人親自填寫，且要保書上填寫事項皆屬實無誤！

業務員姓名： 業務員 ID：
單位： 保經/保代簽署人章：
中華民國 年 月 日

- 現金 請將保費郵政劃撥存入 戶名：美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司 帳號：50143752
 信用卡 (VISA Master Card JCB 聯合信用卡)

信用卡扣款授權書：

立授權書人(以下簡稱本人)授權發卡機構於美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司(以下簡稱貴公司)同意承保上列保險契約後，自本指定信用卡帳戶扣繳應繳付之首期及續期(保)保險費，如因授權書內容填寫錯誤或其他原因致無法代扣保險費，本授權書效力立即終止，但其情形得於補正者不在此限。若信用卡因故毀損、掛失或有效期間屆滿等原因而製作新卡時，本授權書對新卡仍具效力；但若信用卡卡號因此變更者，本授權書之效力自動終止。要保人於接獲續保通知後未能於保險期間屆滿前繳交續保保險費者，視為不同意續保。本授權書未記載事項，悉依相關法令規定辦理。

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 本人 配偶 父母 子女 兄弟姐妹 受益人

發卡銀行： 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)