

1. 本公司資訊公開說明文件，請查閱本公司網址：www.chubb.com/tw 或洽免費服務專線 0800-339-899 或至本公司(台北市信義路5段8號10樓)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保險精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險業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。
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。

要保人	身分證字號 (統一編號)	出生日期	民國	年	月	日
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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	民國	年	月	日	身分證字號
聯絡電話	日()	分機:	夜()	手機:					
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(1.若未指定，以被保險人之法定繼承人為受益人。2.若超過一人且未註明給付比例或順位，以均分方式辦理)

姓名	身分證字號	與被保險人關係	<input type="checkbox"/> 比例 <input type="checkbox"/> 順位(請加註序號)	電話	聯絡地址

不同意提供身故保險金受益人聯絡地址及電話。 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	民國	年	月	日	翌日零時起，為期一年。	繳費方式	<input type="checkbox"/> 匯款/劃撥 <input type="checkbox"/> 信用卡 繳納保險費
------	----	---	---	---	-------------	------	---

被保險人是否已投保其他實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險？ 否，是
 被保險人是否領有身心障礙手冊或證明？ 否，是，請提供。(若未勾選且健康告知事項均勾否者，視為無該手冊或證明)

被保險人告知事項	被保險人告知事項，請要保人親自據實回答，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，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』，請說明大約發生時間、診斷病名、醫院、大約治療日期與期間、治療方式、有無復發、目前狀況：

商品名稱	基本保障內容	保險金額(單位:新台幣元)(請擇一勾選)				
		計畫A 15足歲以下	計畫B	計畫C	計畫D	計畫E
安達產物新平安個人傷害保險(註一)	一般意外身故保險金或喪葬費用保險金	0	100萬	200萬	300萬	500萬
	一般意外殘廢保險金	100萬				
	特定燒燙傷保險金(依比例)	50萬	50萬	100萬	150萬	250萬
	特定人工器官保險金(限額)	最高5萬	最高5萬	最高5萬	最高5萬	最高5萬
	食物中毒住院慰問保險金	3,000元	3,000元	3,000元	5,000元	5,000元
	住院慰問保險金(住院需三日以上)	2,000元	2,000元	2,000元	2,000元	2,000元
	特定天災意外身故增額保險金或喪葬費用增額保險金及殘廢增額保險金	0	200萬	400萬	600萬	1000萬
	搭乘大眾運輸工具意外身故增額保險金或喪葬費用增額保險金及殘廢增額保險金	0	300萬	500萬	1000萬	1500萬
	意外傷害住院醫療保險金(最高90天)	1,000元	1,000元	2,000元	2,000元	3,000元
	意外傷害加護病房住院醫療保險金(最高30天)(含意外一般病房)	2,000元	2,000元	4,000元	4,000元	6,000元
安達產物新平安個人傷害醫療保險附約	意外傷害燒燙傷病房住院醫療保險金(最高30天)(含意外一般病房)	4,000元	4,000元	8,000元	8,000元	12,000元
	重大傷殘住院補償保險金(最高90天)	3,000元	3,000元	3,000元	3,000元	3,000元
	骨折未住院(最高限額)	3萬	3萬	6萬	6萬	9萬
	實支實付傷害醫療保險金(限額)	2萬	2萬	3萬	5萬	10萬
	意外門診手術醫療保險金(定額)	2,000元	2,000元	2,000元	2,000元	2,000元
	顏面傷殘整型費用保險金(限額)	40萬	40萬	40萬	80萬	120萬
年繳保費(職業等級1~3類)		<input type="checkbox"/> 1,008元	<input type="checkbox"/> 1,835元	<input type="checkbox"/> 3,138元	<input type="checkbox"/> 4,309元	<input type="checkbox"/> 6,742元
年繳保費(職業等級4類)		-	<input type="checkbox"/> 3,671元	<input type="checkbox"/> 6,309元	-	-

附加商品(限產險業務員資格者始得銷售)(註四)		保險金額(單位:新台幣元)(請擇一勾選)(註五)			
商品名稱	基本保障內容	限計畫B及C加保		限計畫D及E加保	
		方案一	方案二	方案一	方案二
安達產物住家動產與責任綜合保險	個人責任保險(自負額2,500元)	100萬	200萬		
	住宅動產火災保險	30萬	50萬		
安達產物住家動產與責任綜合保險竊盜保險附加條款	竊盜致保險標的物毀損滅失	10萬		20萬	
安達產物住家動產與責任綜合保險住宅災害費用補償附加條款	清潔費用	最高10萬		最高10萬	
	金融、信用卡及證件重製費用				
	租屋仲介費用				
	搬遷費用				
	生活不便補助金(每日定額3,000元/每一事故最高30天)				
附加商品 加總年繳保費(職業等級1~3類)		<input type="checkbox"/> 2,723元	<input type="checkbox"/> 4,026元	<input type="checkbox"/> 5,897元	<input type="checkbox"/> 8,330元
附加商品 加總年繳保費(職業等級4類)		<input type="checkbox"/> 4,559元	<input type="checkbox"/> 7,197元	-	-

保險標的物所在地址 同被保險人聯絡地址

建築物本體: 鋼骨混凝土造 鋼筋混凝土造 磚造或加強磚造(請擇一勾選) 屋頂: 水泥平屋頂
建築物若為木、石棉、瓦、鐵皮造或非水泥平屋頂,或作為營業用途者(全部或部分供辦公、加工、製造或營業用),不適用本專案計畫。

註一: 同一意外傷害事故, 造成被保險人同時符合二種(含)以上之特定意外傷害事故者, 本公司僅就其中金額最高者給付保險金。註二: 所載「特定天災意外身故增額保險金或喪葬費用增額保險金及殘廢增額保險金」、「搭乘大眾運輸工具意外身故增額保險金或喪葬費用增額保險金及殘廢增額保險金」為已包含「一般意外身故保險金或喪葬費用保險金及殘廢保險金」。註三: 所載「意外傷害加護病房住院醫療保險金」及「意外傷害燒燙傷病房住院醫療保險金」, 為已包含「意外傷害住院醫療保險金」之總額。註四: 附加商品限產險業務員資格者始得銷售。註五: 計畫B、C限加保附加商品方案一; 計畫D、E限加保附加商品方案二。註六: 本公司就投保計畫A之被保險人僅自動續保至15歲, 保險期間內屆滿如已逾15歲而擬投保者, 應轉換計畫別投保。註七: 其它事項請詳條款內容規定。

安達產物自動續保附加條款 要保人同意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。(如未勾選視為不同意)

- 保單生效及續保**
1. 本保險契約之生效日, 以本公司核保通過且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「保險單上所載之日時」。
 2. 本保險契約之保險期間為一年。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, 本保險契約得自動續約繼續有效。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, 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「特定天災意外身故增額保險金或喪葬費用增額保險金及殘廢增額保險金」及「搭乘大眾運輸工具意外身故增額保險金或喪葬費用增額保險金及殘廢增額保險金」、及「住家動產與責任綜合保險」最高續保至**79歲**。
- 注意事項**
身故保險金受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形, 則以要保人最後所留之聯絡方式, 作為日後身故保險金受益人之通知依據。
- 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)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。
 2. 本人(被保險人、要保人)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。
 3. 本人已審閱並瞭解美商安達保險所提供之「投保須知」, 另依「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」, 本人已瞭解美商安達保險蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。
 4. 本人(被保險人、要保人)同意美商安達保險就本人之個人資料, 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。
 5. 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。
- 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(要保人)已受告知並瞭解所投保商品之重要內容及投保須知等相關事宜。

要保人簽名: _____ 未成年者其
法定代理人簽名: _____

被保險人簽名: _____ 申請日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

單位名稱	單位代號	業務員			保險經紀人/ 代理人受理日期	保險經紀人/ 代理人簽署章	保險公司 受理章	保險公司 核保章
		簽名:	登錄證號:	手機:				
					保單號碼: PT1	職級:		

(以下非要保書之一部分)

保險需求及適合度評估暨業務員報告書(人身保險適用)

要保人姓名：_____ 被保險人姓名：_____ 同要保人

- 投保目的與需求：增加保障 風險移轉 子女教育經費 房屋貸款 其他
- 招攬經過：親友 保戶介紹 職域開拓 陌生拜訪 主動投保並說明原因：_____
其他：_____
- 被保險人國籍 (1)本國籍 (2)外國籍，國籍：_____
- 被保險人身體健康狀況：
正常/普通
其他(肥胖、矮小、瘦弱、巨大、病容、肢端肥大、膚色潮紅、蒼白、黃疸、水腫、聾啞、步態不穩、智障、盲、肢體殘缺/畸形)，請說明：_____
- 身故受益人若非為配偶、直系親屬、法定繼承人，或其順位及應得比例非適用民法繼承編規定者，請說明原因：
 關係：_____ 原因：_____
- 要/被保險人或家中主要經濟來源者之財務狀況：
 (1) 家中主要經濟來源者為**被保險人** 本人 配偶 父母 子女 其他：_____
 (2) 工作年收入與其他收入(新台幣)：

被保險人		要保人(與被保險人同一人無須填寫)	
個人薪資 年收入	<input type="checkbox"/> 50萬以下 <input type="checkbox"/> 51~100萬 <input type="checkbox"/> 101~200萬 <input type="checkbox"/> 201~300萬 <input type="checkbox"/> 300~500萬元	個人薪資 年收入	<input type="checkbox"/> 50萬以下 <input type="checkbox"/> 51~100萬 <input type="checkbox"/> 101~200萬 <input type="checkbox"/> 201~300萬 <input type="checkbox"/> 300~500萬元
家庭年收 入	<input type="checkbox"/> 50萬以下 <input type="checkbox"/> 51~100萬 <input type="checkbox"/> 101~200萬 <input type="checkbox"/> 201~300萬 <input type="checkbox"/> 300~500萬元	家庭年收 入	<input type="checkbox"/> 50萬以下 <input type="checkbox"/> 51~100萬 <input type="checkbox"/> 101~200萬 <input type="checkbox"/> 201~300萬 <input type="checkbox"/> 300~500萬元

7. 要保人

A 自然人	B 法人
職業 <input type="checkbox"/> (1)一般職業 <input type="checkbox"/> (2)註一所列職業	設立時間:民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
國籍 <input type="checkbox"/> (1)本國籍 <input type="checkbox"/> (2)外國籍，國籍：	負責人：
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? <input type="checkbox"/> (1)否 <input type="checkbox"/> (2)是，請說明居住國家(地區)：	行業 <input type="checkbox"/> (1)一般行業 <input type="checkbox"/> (2)註一所列行業
	註冊地： <input type="checkbox"/> (1)本國 <input type="checkbox"/> (2)外國，國家：
要保人購買保險商品時，是否對於保障內容或給付項目完全不關心，抑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? <input type="checkbox"/> (1)否 <input type="checkbox"/> (2)是，請說明：	法人是否得發行無記名股票? <input type="checkbox"/> (1)否 <input type="checkbox"/> (2)是 <input type="checkbox"/> 已發行者，已採取適當措施確保其 實際受益人之更新

註一：律師、會計師、公證人，或是其合夥人或受僱人。軍火商、不動產經紀人。當舖業、融資從業人員。寶石及貴金屬交易商。藝術品/骨董交易商、拍賣公司。基金會、協會/寺廟、教會從業人員。博弈產業/公司。匯款公司、外幣兌換所。外交人員、大使館、辦事處。虛擬貨幣的發行者或交易商。

- 要保人或被保險人是否是現任(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)? (1)否 (2)是，請說明：_____
- 要/被保險人是否投保其他商業保險：否 是，公司名稱：_____
- 其他有利核保資訊(補充說明)：_____

※業務員聲明事項

- 要保書之被保險人職業及告知事項，確實經本人向要、被保險人說明；並確認要保人、被保險人及受益人之身分及關係，且親晤要保人、被保險人及法定代理人親自簽名。
- 本人向要、被保人招攬時，已評估過要、被保險人收入、財務狀況、職業與保險費之負擔能力及保險金額的相當性，要保人確已了解其所繳保費係用以購買保險商品，並於面見要、被保險人後作成本保險需求及適合度評估暨業務員報告書，且遵守「保險業防制洗錢及打擊資助恐怖主義注意事項」及「金融消費者保護法」事項，如有不實致美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司受損害時，願負賠償之責，特此聲明。
- 本人已向要保人說明本次購買保險商品之重要內容、繳費方式、相關費用、本保險商品受有保險安定基金之保障以及申訴管道。

招攬單位：_____ 業務員簽名：_____ 簽署人章：_____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病歷、醫療及健康檢查等個人資料蒐集、處理或利用同意書

立同意書人（以下簡稱本人）同意 貴公司依據個人資料保護法及保險法第 177 條之 1 暨其授權辦法等規定，關於病歷、醫療及健康檢查等個人資料所為蒐集、處理或利用，除 貴公司「告知說明書」所列告知事項外，得於人身保險及財產保險業務範圍及其他應遵行事項管理辦法所規定之範圍內(包含轉送與有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務)為之。本人已瞭解若不同意 貴公司蒐集、處理或利用前述資料， 貴公司將可能無法提供本人相關人身保險及財產保險業務之申請及辦理。

此致

美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司

立同意書人 簽名：_____

法定代理人 簽名：_____

中 華 民 國 年 月 日

信用卡付款授權書

申請日期： 年 月 日

保單號碼	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____		
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"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 其他(請說明關係) _____ (限要/被保險人之父母、配偶、子女、兄弟姐妹)		
信用卡別:	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> JCB		發卡銀行: _____ 銀行
信用卡號:	_____ - _____ - _____ - _____		
信用卡有效期限:	_____ / _____ (月/年) (以上資料請依信用卡卡面確實填寫)		
信用卡授權人簽名	(須與信用卡之簽名樣式相同)		
注意事項: 本人確實收受安達產險所提供之「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」。			

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(以下簡稱安達產險)。
- 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產險,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,將授權書送達安達產險,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。
- 授權人因第2點情事致發卡機構無法扣款並繳付保險費予安達產險時,指定收費方式將自動轉換為"自行繳費"或安達產險指定之收費方式,且契約之寬限期仍依原保單條款約定事項處理。
- 請款結果若有信用卡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,安達產險保有再次請款之權利。本授權書效力不指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。各筆循環信用卡利息以各發卡機構約定條款之起息日計算,與指定保單之寬限期無關。
- 授權人對安達產險之保險費計算、退補保險費或授權內容有所疑義,應自行與安達產險洽詢,概與發卡機構無涉。
- 若安達產險經由此項服務業務所收取保險費有退還之必要時,除另有約定外,安達產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等情事變動時,授權人應主動通知安達產險並重新填具授權書,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,致安達產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,安達產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應繳保險費。
- 授權書終止前應繳付予安達產險之保險費,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產險者,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8點規定辦理。
- 授權人以同一張信用卡同時授權安達產險代繳二張以上保單之保險費時,代繳順序由安達產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。
- 安達產險應依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,亦不得將本授權書目的範圍外之使用。如欲對您所提供之個人資料,為查詢、閱覽、補充、更正或請求製作副本、停止處理、利用或請求刪除等,依個人資料保護法等相關法令,請洽本授權書之各項權利,請洽客專專線。
- 上列約定條款如有未盡事宜,授權人得授權安達產險與發卡機構隨時協商修改之。

【以下由安達產險填寫】

(20160701版)

受理人員/日期	經辦人員/日期	覆核人員/日期

產險業履行個人資料保護法告知義務內容

美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司（以下稱本公司）依據個人資料保護法（以下稱個資法）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) 財產保險（〇九三）；(二) 人身保險（〇〇一）；(三) 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) 姓名；(二) 身分證統一編號；(三) 聯絡方式；(四) 其他：詳如相關業務申請書或契約書內容。

三、個人資料來源（個人資料非由當事人提供，而為間接蒐集之情形適用）

- (一) 要保人/被保險人；
- (二) 司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構；
- (三) 當事人之法定代理人、輔助人；
- (四) 各醫療院所；
- (五) 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、地區及方式：

- (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：本公司及本公司海外分支機構、中華民國產物保險商業同業公會、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人住宅地震保險基金、財團法人汽車交通事故特別補償基金、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、台灣票據交換所、財金資訊公司、關貿網路股份有限公司、中央健康保險局、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、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。

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。
 - 2. 向本公司請求補充或更正。
 - 3. 向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。

- (二) 行使權利之方式：以書面或客服專線（0800-339-899）通知本公司。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響（個人資料由當事人直接蒐集之情形適用）：

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。

受告知人：_____（簽章）

中 華 民 國 年 月 日

註：本公司履行上開告知義務，不限書面或取得當事人簽名，縱無簽署亦不影響告知效力。

人身保險投保人須知

一、投保時，業務員會主動出示登錄證，並告知其授權範圍；如未主動出示或告知，應要求其出示並詳細告知。

說明：保險業務員管理規則第八條規定：「業務員於招攬保險時，應出示登錄證，並告知授權範圍。」如業務員未主動出示或告知，要保人應向其提出要求以確保本身之權益。

二、告知義務：要保人及被保險人應誠實告知，否則保險公司得解除契約；保險事故發生後亦同。

說明：(一) 保險法第六十四條規定：「訂立契約時，要保人對於保險人之書面詢問，應據實說明」又「要保人有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，保險人得解除契約；其危險發生後亦同。但要保人證明危險之發生未基於其說明或未說明之事實時，不在此限。」前項解除契約權，自保險人知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅；或契約訂立後經過二年，即有可以解除之原因，亦不得解除契約。」(二) 因保險契約是最大誠信契約，所以要保人及被保險人在要保時應將要保書內各項詢問事項，都需要實實在在詳詳細細的說明或填寫清楚，不能有遺漏、隱瞞或告知不實情事。(例如：被保險人過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？應據實告知) 否則，保險公司在契約訂定後二年內可以解除契約(不過，保險公司須在知有解除原因後一個月內行使)；即使事故發生後亦不負賠償責任，除非要保人(或被保險人)能證明保險事故發生原因與未告知事項無關。且因未盡告知義務解除契約時，其已繳的保險費不須退還，這一點要保人或被保險人請特別注意以免遭受損失。

三、除外責任。

說明：(一) 保險公司依照保險法規定，有下列原因，可以不負賠償責任：1. 要保人或受益人故意致被保險人於死者(參考保險法第一二一條)。2. 被保險人訂約或復效之日起二年內故意自殺，或因犯罪處死或拒捕或越獄致死者(參考保險法第一〇九條)。

(二) 此外在保險單條款通常都有詳細訂明各種除外責任之範圍，可以參閱。

四、投保時，要保書應親自填寫及簽章，如本人不能書寫，得授權由家屬為之，但應註明其經過；業務員及保險公司於交付保險單及條款後，出具正式收據。為知道你投保的內容，及維護你的權益，如業務員及保險公司未主動提供時，請務必要求其提供。

五、本商品經本分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，應由本分公司及負責人依法負責。

六、保險責任始期及續期保險費過期而未繳付，保險契約會自動停止效力。

說明：

(一) 保險公司的保險責任，自要保書約定日起生效，保險公司並應發給保險單作為承保的憑證。

(二) 保險費應於契約生效前交付，但另有約定者，不在此限。

七、投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者。

說明：(一) 解約金是要保人按時繳付保險費，在保險期間內終止契約，保險公司結算已繳付保險費扣除契約應分攤保險給付成本及各項費用後，經主管機關核定，應返還要保人的金額。(二) 保險契約的終止，自保險公司收到要保人書面通知開始生效。

八、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。

九、本保險商品受財產保險安定基金之保障。

說明：財產保險安定基金依保險法第一百四十三條之三第一項第三款規定，代保險業墊付要保人、被保險人及受益人依有效契約所得為請求之範圍，限於依保險法第六條設立之財產保險業及外國財產保險業在中華民國境內之總分支機構銷售之保險契約。

十、因投保契約所生紛爭之處理方式及申訴管道：

說明：要保人或被保險人因投保之保險契約發生爭議，可以向本分公司(免費申訴電話：0800339899)、依金融消費者保護法規設立之爭議處理機構或金融監督管理委員會申訴。