

一、基本資料及要保事項 ※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。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|------|-----|---|------|---|-----------------|--|----|--------|--|--|--|--|--|
| 要保人 | 出生日期 | 民國 | 年 | 月 | 日 | 身分證字號 (統一編號) | | | | | | | | |
| 聯絡電話 | 日() | 分機: | | 夜() | | 手機 | | 關係 | 係被保險人之 | | | | | |
| E - Mail | | | | | | | | | | | | | | |
| 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) | | | | | | | | | | |
| 保險內容 | 計劃一 <input type="checkbox"/> 安達產物個人傷害保險 100 萬+安達產物日額型住院醫療健康保險 1,000 元 計劃二 <input type="checkbox"/> 安達產物個人傷害保險 100 萬+安達產物日額型住院醫療健康保險 1,000 元+安達產物一年定期保障健康保險 100 萬+安達產物特定重大疾病健康保險 1 單位 計劃三 <input type="checkbox"/> 安達產物個人傷害保險 100 萬+安達產物日額型住院醫療健康保險 2,000 元+安達產物一年定期保障健康保險 100 萬+安達產物特定重大疾病健康保險 2 單位 | | | | | | | | | | | | | | | | |

是否同時投保其他保險公司之實支實付型醫療保險? 否 是 (請詳述公司名稱及保險金額)

| | | | | | | |
|--------------|----|-------|---------|----|----------|--|
| 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。

| | | | | | |
|----|--|-----|---|------|---|
| 繳別 | <input type="checkbox"/> 年繳 <input type="checkbox"/> 月繳 <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 | 新台幣 | 元 | 繳費方式 | <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 郵局劃撥(方式繳納本保險契約) |
|----|--|-----|---|------|---|

二、被保險人健康告知事項

| | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| <p>8 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。</p> <p>8 依保險法第 127 條規定，被保險人已在疾病或妊娠情況中，保險人對是項疾病或分娩，不負給付保險金額之責任。</p> | | 是 | 否 |
| 1. 過去五年內是否曾因患有下列疾病『註一』而接受醫師治療、診療或用藥? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 過去二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) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 過去一年內是否曾因患有下列疾病『註二』，而接受醫師治療、診療或用藥? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 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? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. 目前身體機能狀況是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. 女性被保險人回答：是否已確知懷孕?如是，已經幾週? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>『註一』 高血壓症(指收縮壓 140mm 舒張壓 90mm 以上)、狹心症、心肌梗塞、心肌梗厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤、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)、帕金森氏症、精神病、肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核、肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常(GPT、GOT 值超過 40 以上)、腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞、視網膜剝離或出血、視神經病變、癌症(惡性腫瘤)、血友病、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症、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、甲狀腺或副甲腺功能亢進或低下、紅斑性狼瘡、膠原症、愛滋病或愛滋病帶原。</p> <p>『註二』 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症、食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎、肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸、慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞、痛風、高血脂症、青光眼、白內障、乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血。</p> | | | |
| 身高: _____ 公分 | 若告知為『是』，請說明發生時間、診斷病名、部位及程度、治療醫院、治療日期與期間、治療方式、有無復發、 | | |
| 體重: _____ 公斤 | 目前狀況: | | |

三、保單生效及續保

- 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「保險單上所載之日時」。
- 本人知悉本契約保險期間為一年。保險期間屆滿後經本公司同意，於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時，本契約繼續有效，最高可續保至 65 歲。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未繳付調整之保險費者，視為不同意續約，本契約於保險期間屆滿時終止。
- 被保險人若因非約定之事故而致保險契約效力終止時，其保險契約有解約金者，本公司將給付解約金或退還未到期保險費給要保人。
- 本保險商品為非保證續保之健康保險。

四、聲明事項

- 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。
 - 本人(被保險人)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。
 - 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。
- 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 0800-339-899 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，以避免權益受損。
- 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。

| | | | | | |
|--------------------------|---|---|---|-----------|-----------|
| 要保人簽名: | 未 成 年 人 其 法 定 代 理 人 簽 名: | | | | |
| 被保險人簽名: | 申 請 日 期: | | | | |
| 業務員簽章: (本欄由保險公司填寫) | 員 工 編 號: | | | | |
| 保單號碼: | 職級 | 第 | 類 | 保經/保代簽署人章 | 美商安達保險受理章 |
| 保險生效日: | 自民國 | 年 | 月 | 日 | 午夜 12 時起 |
| Sponsor / Campaign code: | | | | | |