



# 美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司

## 傷害保險要保書

99.05.28 安達商字第 0990039 號函

ace insurance

### 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 (統一證號)												
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	■安達產物海外旅行平安保險： 意外傷害身故保險金_____萬元／意外傷害醫療保險金_____萬元／海外突發疾病健康保險_____萬元 ■安達產物空中大眾運輸傷害保險_____萬元 <input type="checkbox"/> 45天 <input type="checkbox"/> 60天 <input type="checkbox"/> 90天 <input checked="" type="checkbox"/> 180天 (請勾選天數)																		

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)

身故保險 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	繳/新台幣_____元	繳費方式	以_____方式繳納本保險契約
----	-------------	------	-----------------

### 二、被保險人健康告知事項：

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? 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、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、癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病、糖尿病、酒精或藥物濫用成癮、眩暈症、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): 失明、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、聾、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、啞、咀嚼、吞嚥或言語機能障害、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：

### 三、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 75 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。

### 四、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)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。

■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。

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](http://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，及利於消費者權益，爰特將本保險契約各項權利義務及免責條款，消費者務必詳加閱讀了解，以資保障。

3. 投保後，本公司將依約給付保險金，如有虛偽不實或違法情事，本公司得拒絕給付保險金。

4. 投保後，本公司將依約給付保險金，如有虛偽不實或違法情事，本公司得拒絕給付保險金。

要保人簽名：	未成年代理人簽名：
被保險人簽名：	申請日期： 年 月 日
業務員簽章：	員工編號：

【本欄由保險公司填寫】

保單號碼：	職級 第 類	保險生效日：自民國 年 月 日午夜 12 時起
-------	--------	-------------------------

商務錦囊專案+Code