

# 安達產物保險 扶氣滿堂2.0+ 專案

## 專案特色

- ✓ **輕鬆享有一整年 高額意外身故失能保障**  
無論居家或在外，時刻包含意外傷害基本保障。  
搭乘大眾運輸工具、火災、特定燒燙傷、特定天災事故保障再增額。
- ✓ **加強失能補助 減輕家人生活負擔**  
除一至十一級失能保險金外，額外增加一至六級失能生活補助。  
重大失能住院日額、特定人工器官保險、顏面傷害失能整形費用及輔助器具費用保障項目。
- ✓ **意外傷害醫療保障 補助非健保給付項目**  
傷害醫療日額+實支實付損害填補，雙重保障好安心。  
意外門診手術及骨折無需住院情況，定額給付。
- ✓ **針對個別風險因子 收費好合理**  
打破傳統意外險計費基礎，針對年齡、職業收取個別保費，保費合理化。



1. 本公司資訊公開說明文件，請查閱本公司網址：<http://www.chubb.com/tw> 或洽免付費服務專線 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。
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            |                                                                                                                                            | 性 別 | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 身分證字號<br>(統一證號) |      |  |  |  |  |  |  |  |  |     | 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           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>(本公司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)</small> |     |                                                          |                 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |     |        |    |   |   |   |  |
| <b>*保單寄送方式</b> | <input type="checkbox"/> 同意使用電子保單並寄送至要保人的手機號碼，若未勾選視為”不同意”。<br><b>*請務必填寫要保人及被保險人手機及電子郵件帳號。*若本公司無法寄達電子保單時，將改發紙本保單。</b>                       |     |                                                          |                 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |     |        |    |   |   |   |  |
| 被保險人           | <input type="checkbox"/> 同要保人                                                                                                              | 性 別 | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 身分證字號<br>(統一證號) |      |  |  |  |  |  |  |  |  |     | 出生日期   | 民國 | 年 | 月 | 日 |  |
| 聯絡電話           | 日( ) 分機：                                                                                                                                   |     |                                                          |                 | 夜( ) |  |  |  |  |  |  |  |  |     | 手機：    |    |   |   |   |  |
| E-Mail         |                                                                                                                                            |     |                                                          |                 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |     |        |    |   |   |   |  |
| 聯絡地址           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>(本公司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)</small> |     |                                                          |                 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |     |        |    |   |   |   |  |

|          | 姓名                                                                                                                                                                                             | 身分證字號 | 係被保險人關係之 | 聯絡地址、電話                                                                                                                                   | 給付方式                                                                 |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 身故保險金受益人 | (1)                                                                                                                                                                                            |       |          | <input type="checkbox"/> 要保人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 被保險人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址/電話： | <input type="checkbox"/> 按填寫順位<br><input type="checkbox"/> 比例(請註明比例) |
|          | (2)                                                                                                                                                                                            |       |          | <input type="checkbox"/> 要保人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 被保險人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址/電話： | 1. _____ %<br>2. _____ %                                             |
|          | (3)                                                                                                                                                                                            |       |          | <input type="checkbox"/> 要保人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 被保險人聯絡地址/電話 <input type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址/電話： | 3. _____ %<br>僅填寫法定繼承人不需勾選此項。                                        |
|          | 1. 各項醫療保險金或失能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。2. 身故保險金受益人若未指定，以被保險人之法定繼承人為受益人。<br>3. 身故保險金受益人若超過一人且未註明給付比例或順位，以均分方式辦理。4. 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。 |       |          |                                                                                                                                           |                                                                      |

|      |    |   |   |              |      |                                                                   |
|------|----|---|---|--------------|------|-------------------------------------------------------------------|
| 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商業實支實付型傷害醫療保險？☐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)

被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)？☐否，☐是，如勾選是者，請提供相關證明文件。

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

|                                                                                                                                                                                                                        |  |     |  |      |  |     |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|--|------|--|-----|--|
| 公司名稱                                                                                                                                                                                                                   |  | 職 稱 |  | 工作內容 |  | 副 業 |  |
| 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）？<br>(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。 |  |     |  |      |  |     |  |
| 2、目前身體機能是否有下列障害（請勾選）：<br>(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○·三以下。<br>(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。             |  |     |  |      |  |     |  |
| 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：                                                                                                                                                                  |  |     |  |      |  |     |  |

| 【主計畫】                                 |                                                      | 保險金額（單位：新台幣元） |       |       |         |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------|-------|-------|---------|
| 商品名稱                                  | 保障內容                                                 | 計畫 A          | 計畫 B  | 計畫 C  | 計畫 D    |
| 安達產物<br>個人傷害<br>保險(A)<br>(註一)         | 一般意外身故保險金或喪葬費用保險金/失能保險金(最高)                          | 100 萬         | 200 萬 | 300 萬 | 500 萬   |
|                                       | 一至六級失能生活補助保險金(最高)                                    | 50 萬          | 100 萬 | 150 萬 | 250 萬   |
|                                       | 特定天災意外身故或喪葬費用增額保險金/<br>失能增額保險金(最高)(含一般意外身故/失能給付)     | 200 萬         | 300 萬 | 400 萬 | 600 萬   |
|                                       | 搭乘大眾運輸工具意外身故或喪葬費用增額保險金/<br>失能增額保險金(最高)(含一般意外身故/失能給付) | 300 萬         | 600 萬 | 900 萬 | 1,500 萬 |
|                                       | 火災事故意外身故或喪葬費用增額保險金/<br>失能增額保險金(最高)(含一般意外身故/失能給付)     | 200 萬         | 300 萬 | 400 萬 | 600 萬   |
|                                       | 特定燒燙傷保險金(最高)                                         | 50 萬          | 50 萬  | 100 萬 | 100 萬   |
| 安達產物<br>個人傷害<br>醫療保險<br>附約(M)<br>(註二) | 意外傷害住院醫療保險金(最高 90 天)                                 | 1,000         | 1,000 | 1,000 | 1,000   |
|                                       | 意外傷害加護病房住院醫療保險金(最高 30 天)<br>(含意外傷害住院醫療保險金)           | 2,000         | 2,000 | 2,000 | 2,000   |
|                                       | 意外傷害燒燙傷病房住院醫療保險金(最高 30 天)<br>(含意外傷害住院醫療保險金)          | 4,000         | 4,000 | 4,000 | 4,000   |
|                                       | 意外傷害住院慰問保險金(住院需三日以上)                                 | 2,000         | 2,000 | 2,000 | 2,000   |
|                                       | 骨折未住院保險金(最高限額)                                       | 3 萬           | 3 萬   | 3 萬   | 3 萬     |
|                                       | 意外門診手術醫療保險金(定額)                                      | 2,000         | 2,000 | 2,000 | 2,000   |
|                                       | 食物中毒住院慰問保險金(定額)                                      | 3,000         | 3,000 | 3,000 | 3,000   |
|                                       | 特定人工器官保險金(最高限額)                                      | 5 萬           | 5 萬   | 5 萬   | 5 萬     |
|                                       | 輔助器具費用補償保險金(最高限額)                                    | 1 萬           | 2 萬   | 3 萬   | 5 萬     |

| 【加值計畫】限與主計畫同時投保               |                        | +     | +     | +     | +     |
|-------------------------------|------------------------|-------|-------|-------|-------|
| 商品名稱                          | 保障內容                   | 計畫 1  | 計畫 2  | 計畫 3  | 計畫 4  |
| 安達產物<br>個人傷害<br>醫療保險<br>附約(M) | 重大傷害失能住院補償保險金(最高 90 天) | 3,000 | 3,000 | 3,000 | 3,000 |
|                               | 實支實付傷害醫療保險金(限額)        | 1 萬   | 2 萬   | 3 萬   | 5 萬   |
|                               | 顏面傷害失能整型費用保險金(限額)      | 50 萬  | 50 萬  | 100 萬 | 100 萬 |

| 【投保計畫】請擇一勾選                               |            |                                                                           |                                  |                                  |                                  |                                  |
|-------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 年繳保費                                      | 主計畫        |                                                                           | 計畫 A                             | 計畫 B                             | 計畫 C                             | 計畫 D                             |
|                                           | 職業等級 1~3 類 | 15 足歲-59 歲(含)                                                             | <input type="checkbox"/> 1, 456  | <input type="checkbox"/> 2, 263  | <input type="checkbox"/> 3, 076  | <input type="checkbox"/> 4, 674  |
|                                           |            | 60-65 歲(含)                                                                | <input type="checkbox"/> 4, 144  | <input type="checkbox"/> 6, 920  | <input type="checkbox"/> 9, 721  | <input type="checkbox"/> 15, 245 |
|                                           | 職業等級 4 類   | 15 足歲-59 歲(含)                                                             | <input type="checkbox"/> 2, 938  | <input type="checkbox"/> 4, 614  | <input type="checkbox"/> 6, 300  | <input type="checkbox"/> 9, 618  |
|                                           |            | 60-65 歲(含)                                                                | <input type="checkbox"/> 8, 425  | <input type="checkbox"/> 14, 206 | <input type="checkbox"/> 20, 033 | <input type="checkbox"/> 31, 527 |
|                                           | 主計畫 + 加值計畫 |                                                                           | 計畫 A + 1                         | 計畫 B + 2                         | 計畫 C + 3                         | 計畫 D + 4                         |
|                                           | 職業等級 1~3 類 | 15 足歲-59 歲(含)                                                             | <input type="checkbox"/> 2, 279  | <input type="checkbox"/> 3, 205  | <input type="checkbox"/> 4, 199  | <input type="checkbox"/> 5, 994  |
|                                           |            | 60-65 歲(含)                                                                | <input type="checkbox"/> 5, 800  | <input type="checkbox"/> 8, 815  | <input type="checkbox"/> 11, 981 | <input type="checkbox"/> 17, 901 |
|                                           | 職業等級 4 類   | 15 足歲-59 歲(含)                                                             | <input type="checkbox"/> 4, 665  | <input type="checkbox"/> 6, 590  | <input type="checkbox"/> 8, 657  | <input type="checkbox"/> 12, 390 |
|                                           |            | 60-65 歲(含)                                                                | <input type="checkbox"/> 11, 899 | <input type="checkbox"/> 18, 181 | <input type="checkbox"/> 24, 774 | <input type="checkbox"/> 37, 103 |
| <input type="checkbox"/> 安達產物自動續保附加條款(A3) |            | 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。<br>(如未勾選視為不同意) |                                  |                                  |                                  |                                  |

|                                                                                                                                                                                              |                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| ■安達產物國際制裁限制除外不保附加條款                                                                                                                                                                          | 本保險契約對於依照貿易、經濟制裁或其他法令禁止本公司提供保險者，不予承保，亦不負擔賠付保險金及任何利益之責任。 |
| 註一：同一意外傷害事故，致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。「特定意外傷害事故」係指「搭乘大眾運輸工具特定意外傷害事故」、「特定天災意外傷害事故」、「火災意外傷害事故」。註二：被保險人因同一傷害入院治療時，就同一住院不得同時請領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，僅能就其中乙項請領保險金。 |                                                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>■ 聲明事項</b><br>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。<br>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。<br>3. 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。 |                    |
| 本人(要保人)已審閱 貴公司所提供本要保書之保險契約條款樣本或影本、「投保須知」、「要保書填寫說明」、「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」。                                                                                                                                                                                                                                    | 要保人簽名：<br>法定代理人簽名： |

要保人簽名：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 | 招攬人員                | 保險經紀人/<br>代理人受理日期 | 保險經紀人/<br>代理人公司簽章 | 保險公司<br>受理欄 |
|------|------|---------------------|-------------------|-------------------|-------------|
|      |      | 簽名：<br><br>(請以正楷簽名) |                   |                   |             |
|      |      | 登錄證號：               |                   |                   |             |
|      |      | 手機：                 | 受理編號：             |                   |             |



## 特別提醒事項聲明書

本人(即要保人及被保險人)茲聲明並確認已瞭解本次申請投保含實支實付型保險給付之商品(以下簡稱本商品)其保險金之理賠須符合損害填補原則，意即同一次醫療行為就數個同性質保險商品(註1)所獲得理賠金額合計不得超過實際負擔之醫療費用，故當受益人提出本商品理賠申請時，除需檢附醫療費用收據正本外，其中相關費用若已獲得其他保險商品理賠者，貴公司僅就其他同性質保險商品理賠不足之差額進行賠付。

本人(即要保人及被保險人)聲明本次投保已詳閱本聲明書，並經招攬業務人員充分說明上述保險權益，明確知悉所投保商品理賠原則。

此致 美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司

要保人簽章：\_\_\_\_\_法定代理人/監護人/輔助人簽章：\_\_\_\_\_ (註2)

被保險人簽章：\_\_\_\_\_法定代理人/監護人/輔助人簽章：\_\_\_\_\_ (註3)

業務員／保險經紀人（保險代理人）簽名：\_\_\_\_\_

註1：同性質保險商品：係指保障範圍、給付內容相同或相似者。例如：數張實支實付型傷害醫療保險為同性質，但與實支實付型住院醫療費用保險則為不同性質。

註2：如要保人為未滿7歲或受監護宣告者，應由法定代理人/監護人代簽；如要保人為7歲(含)以上之未成年人或受輔助宣告者，由本人及法定代理人/輔助人簽名。

註3：如被保險人為未滿7歲或受監護宣告者，應由法定代理人/監護人代簽；如被保險人為7歲(含)以上之未成年人或受輔助宣告者，由本人及法定代理人/輔助人簽名。

中華民國            年            月            日

## 美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司 個人健康險及傷害險之費率可能調整告知書

下列商品保單條款具有費率調整約定內容，將依陳報主管機關之費率及被保險人年齡計算保險費。

|      |                   |  |
|------|-------------------|--|
| 商品名稱 | 安達產物個人傷害保險(A)     |  |
|      | 安達產物個人傷害醫療保險附約(M) |  |
|      |                   |  |
|      |                   |  |
|      |                   |  |
|      |                   |  |

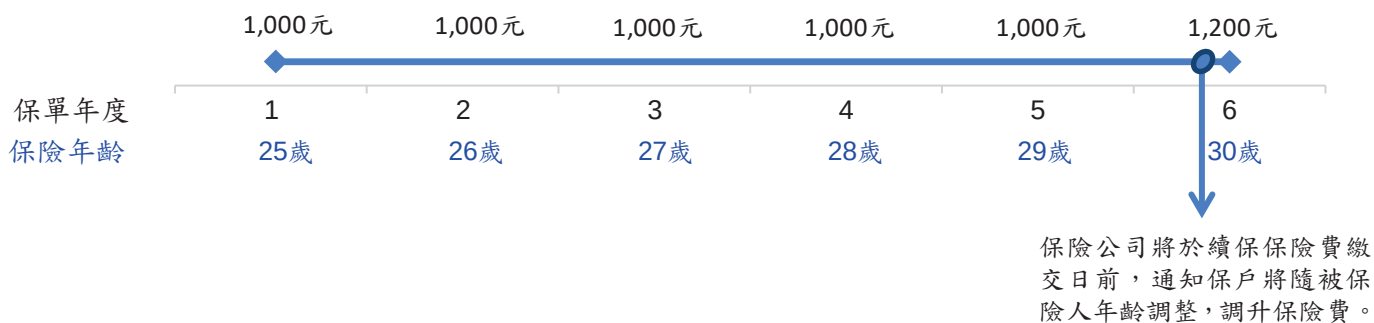
● 依被保險人保險年齡所對應之費率進行調整，舉例說明如下：

（以下舉例說明之保費並非上列保險商品之實際保費）

假設保戶投保時，保險年齡25歲，約定年繳保險費為新台幣1,000元，於保險年齡30歲時，將依當年度保險年齡計算保險費；經對照商品費率表，其年繳保險費隨被保險人年齡增加調升為新台幣1,200元。

保險公司將於續保保險費繳交日前，通知保戶將隨被保險人年齡，調升保險費。

每年應繳保險費



本人（即要保人）聲明本次投保已詳閱本告知書，並經招攬業務人員充分說明上述保險權益，明確知悉所保商品係有費率調整機制。

此致 美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司

立聲明書人（要保人）親自簽名：\_\_\_\_\_

法定代理人親自簽名：\_\_\_\_\_

業務員／執業經紀人（代理人）親自簽名：\_\_\_\_\_

中 華 民 國                      年                      月                      日

|       |        |                                                                             |
|-------|--------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 繳費方式： | 現金匯款   | 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                                 |
|       | ATM 轉帳 | 保費匯入 台新國際商業銀行 812 建北分行 帳號：97425 + 被保險人身分證字號第一碼英文置換為數字(A=01，以此類推) + 後 9 碼數字。 |
|       | 信用卡    | VISA / Master Card / JCB                                                    |

### 信用卡付款授權書(健康傷害險專用) 申請日期： 年 月 日

|                                                                                                       |                                                                                                                                                                               |                             |                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------|
| 保單號碼                                                                                                  |                                                                                                                                                                               | (要保人須為同一人)                  |                   |
| 要保人姓名                                                                                                 |                                                                                                                                                                               | 要保人身分證字號                    |                   |
| 聯絡電話 (公)                                                                                              |                                                                                                                                                                               | (宅) (行動電話)                  |                   |
| * 以上各項要保人聯絡資訊僅供本次授權聯絡事宜使用，如與要保書所載內容不同而需異動，請另行提出申請變更。                                                  |                                                                                                                                                                               |                             |                   |
| 信用卡授權人姓名：                                                                                             |                                                                                                                                                                               | (信用卡授權人資料均為必填，請務必確實填寫)      |                   |
| 授權人身分證字號                                                                                              | 授權人出生日期<br>(西元)年/月/日                                                                                                                                                          | / /                         | 授權人聯絡電話<br>(行動電話) |
| 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)_____<br>(授權關係僅限要/被保險人之父母、配偶、子女、兄弟姐妹之關係，並須檢附相關證明文件) |                             |                   |
| 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) |                   |
| 信用卡授權人簽名：_____                                                                                        |                                                                                                                                                                               | 要保人簽名：_____                 |                   |
| (須與信用卡之簽名樣式相同)                                                                                        |                                                                                                                                                                               | (須與要保書之簽名樣式相同)              |                   |
| 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保險費(含首期/續期/續保)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/續保保險費，授權人應於續期/續保保險費應繳日前 20 天將本授權書送達安達產險，經審核後始生效力，逾期送達者延至次期(續期)或約定扣款日(續保)始生效力；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 7 天，將授權書送達安達產險，原授權書即告終止，逾期送達者延至次期(續期)或約定扣款日(續保)始生效力。
- 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 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；如有寬限期間者(續期)，依照原保單條款約定事項處理。
- 請款結果若有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，安達產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變動等情事時，授權人應主動通知安達產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完全失能時，如發卡機構已將身故或完全失能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，亦不得作本授權書目的範圍以外之使用。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，依個人資料保護法第三條規定行使各項權利，請洽客服專線。
- 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】

(202302 版)

|         |         |         |
|---------|---------|---------|
| 受理人員/日期 | 經辦人員/日期 | 覆核人員/日期 |
|         |         |         |

美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司 110 台北市信義區信義路五段 8 號 10 樓

客服專線：0800-339-899 傳真號碼：0800-586-100

此傳真設有自動回傳功能，如本文件之內容資訊含有個人資料，使用傳真將可能導致個人資料洩漏，請改以郵寄方式寄至本公司

## 保險需求及適合度評估暨招攬人員報告書(人身保險適用)

要保人姓名：\_\_\_\_\_ 被保險人姓名：\_\_\_\_\_ ☐同要保人

1. 投保目的與需求：☐增加保障 ☐風險移轉 ☐其他：\_\_\_\_\_
2. 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：\_\_\_\_\_
3. 被保險人為：☐ (1) 本國籍 ☐ (2) 外國籍，國籍：\_\_\_\_\_ 職業：☐ (1) 一般職業 ☐ (2) 第9點註一所列職業
4. 被保險人身體健康狀況：☐ 正常/普通 ☐ 其他，請說明：\_\_\_\_\_
5. 身故保險金受益人若非為被保險人之配偶、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，請說明關係：\_\_\_\_\_ 原因：\_\_\_\_\_
6. 繳交保險費的資金來源 ☐ 工作收入 ☐ 存款 ☐ 保單借款 ☐ 保單解約 ☐ 貸款 ☐ 其他：\_\_\_\_\_
7. 投保前三個月內客戶是否有辦理終止保險契約、貸款或保險單借款?(可複選)
- ☐ 終止保險契約 ☐ 貸款 ☐ 保單借款 ☐ 以上皆無
8. 要保人/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)                                                   |
|---------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 個人工作年收入 | 萬                                                                   | 萬                                                                   |
| 其他收入    | 萬 收入來源 <input type="checkbox"/> 投資 <input type="checkbox"/> 租金(可複選) | 萬 收入來源 <input type="checkbox"/> 投資 <input type="checkbox"/> 租金(可複選) |
| 家庭年收入   | 萬                                                                   | 萬                                                                   |

## 9. 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？<br><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？<br><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 |
|                                                                                                                                                           | 客戶屬性： <input type="checkbox"/> 非專業客戶 <input type="checkbox"/> 專業客戶(詳註二)                                                         |

註一：珠寶貴金屬買賣、古董藝術品買賣、車行買賣、匯兌業、博奕賭博業、軍火商、國際證券業務分公司(OSU)、外國銀行在臺分行、國際保險業務分公司(OIU)、證券商、銀樓業、辦理儲蓄匯兌之郵政機構、人壽保險公司、會計師、律師、提供第三方支付服務之事業或人員、不動產經紀業、農業金融機構(含全國農業金庫、農會信用部及漁會信用部)、國際金融業務分行(OBU)、提供虛擬資產服務之事業或人員、本國銀行、宗教團體、慈善機構、國內外政治人物。

註二：專業客戶：要保人或被保險人符合以下條件之一者：(1) 依金融消費者保護法第四條第二項授權規定之專業投資機構：國內外之銀行業、證券業、期貨業、保險業(不包括保險代理人、保險經紀人及保險公證人)、基金管理公司及政府投資機構；國內外之政府基金、退休基金、共同基金、單位信託及金融服務業依證券投資信託及顧問法、期貨交易法或信託業法經理之基金或接受金融消費者委任交付或信託移轉之委託投資資產；其他經主管機關認定之機構。(2) 要保人或被保險人為法人，接受本公司提供保險商品或服務時最近一期之財務報告總資產達新臺幣五千萬元以上。

10. 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：\_\_\_\_\_
11. 要保人及被保險人是否投保其他商業保險：☐ 否 ☐ 是，公司名稱：\_\_\_\_\_
12. 其他有利核保資訊(補充說明)：\_\_\_\_\_

## ※招攬人員聲明事項

1. 要保書之被保險人職業及告知事項，確實經本人向要保人、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。
2. 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。
3. 本人已向要保人說明對於本保險契約(含附加條款或附加保險)之權利行駛、變更、解除及終止之方式。
4. 本人已向要保人說明承保公司對於本保險契約(含附加條款或附加保險)之權利、義務及責任。
5. 本人已向要保人說明其應負擔之保險費及無須負擔違約金及其他費用。
6. 本人向要保人、被保險人招攬時，已評估過要保人、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，並於面見要保人、被保險人後作成成本保險需求及適合度評估暨招攬人員報告書，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。

招攬單位：\_\_\_\_\_ 招攬人員簽名：\_\_\_\_\_ 保險經紀人公司/保險代理人公司簽章：\_\_\_\_\_

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日



## 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：

財產保險(093)、人身保險(001)、行銷(040)、金融服務業依法令規定及金融監理需要，所為之蒐集處理及利用(059)、非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集處理及利用(063)、契約、類似契約或其他法律關係事務(069)、消費者、客戶管理與服務(090)、消費者保護(091)、網路購物及其他電子商務服務(148)、調查、統計與研究分析(157)、其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(181)。

## 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，或另經 台端書面同意之期間，以期限最長者為準。
- （二）對象：本公司、本公司之總公司、本公司所屬安達集團之母公司及海外關係企業或分支機構、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、衛生福利部中央健康保險署、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、與本公司合作推廣保險契約之保險代理人公司/保險經紀人公司（透過保險代理人公司或保險經紀人公司投保者）、與本公司合作辦理銀行保險業務之銀行、與本公司依法辦理異業合作推廣附屬性保險商品業務之機構、台端所同意之對象（例如與本公司依法辦理共同行銷或交互運用客戶資料之機構等）、依法有調查權機關或金融監理機關、本公司之總公司或母公司之監理或主管機關、本公司或本公司之總公司、母公司或海外關係企業或分支機構所使用之服務供應商、未受中央目的事業主管機關限制之國際傳輸個人資料之接收者。
- （三）地區：上述對象所在之地區（國內及國外）。
- （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。

七、本公司依法令或配合安達集團相關政策及為強化個人資料管理及保護，將可能隨時修訂本告知事項，台端同意本公司有權修訂此告知事項，並同意本公司於本告知事項修訂後，得以官網（<https://www.chubb.com/tw-zh/>）公告或其他足以使台端知悉或可得知悉之方式告知（包括但不限於以提供詳載本告知事項內容之網站連結供 台端詳閱）。

八、如台端與本公司先前簽訂之契約或文件所訂定或約定與個人資料之蒐集、處理、利用、國際傳輸有關之條款與本告知事項有所歧異者，以本告知事項及其後本公司修訂之版本為準。

【註】：上開告知事項已公告於本公司官網（<https://www.chubb.com/tw-zh/>），內容若有更動，請以官網公告版本為準。如有任何問題歡迎洽詢本公司客服專線（0800-339-899）。

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六條規定：「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，都需要詳實說明或填寫清楚，不得有遺漏、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，其已繳的保險費不予以退還。請要保人或被保險人特別留意以免遭受損失。

### 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。為知道您投保的內容，及維護您的權益，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，投保時請 貴客戶詳閱本分公司官網(<https://www.chubb.com/tw-zh/>)及公開資訊觀測站(<https://ins-info.ib.gov.tw/customer/announceinfo.aspx>)所揭露之本保險商品保單條款。請務必詳細閱讀以確保本身之權益，若 貴客戶未能取得本保險商品保單條款時，請務必聯繫本分公司。

### 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。

### 十一、本分公司依美國、聯合國、歐盟及中華民國等經濟制裁相關法令規定，就被保險人前往伊朗、敘利亞、古巴、北韓、北蘇丹、克里米亞、委內瑞拉、緬甸、俄羅斯、白俄羅斯、烏克蘭之頓涅茨克人民共和國（DNR）地區、盧甘斯克人民共和國（LNR）地區，或其他受制裁國家／地區所發生之保險事故，本分公司不予承保。前述經濟制裁之國家或地區，應依各國政府、國際組織或主管機關於其官方網站或公告所公布之最新名單為準。

## 主計畫

保險金額（單位：新台幣元）

| 商品名稱                           | 保障內容                                                 |             | 計畫 A  | 計畫 B   | 計畫 C   | 計畫 D    |
|--------------------------------|------------------------------------------------------|-------------|-------|--------|--------|---------|
| 安達產物<br>個人傷害<br>保險 (A)         | 一般意外身故保險金或喪葬費用保險金/失能保險金(最高)                          |             | 100 萬 | 200 萬  | 300 萬  | 500 萬   |
|                                | 一至六級失能生活補助保險金(最高)                                    |             | 50 萬  | 100 萬  | 150 萬  | 250 萬   |
|                                | 特定天災意外身故或喪葬費用增額保險金/<br>失能增額保險金(最高)(含一般意外身故/失能給付)     |             | 200 萬 | 300 萬  | 400 萬  | 600 萬   |
|                                | 搭乘大眾運輸工具意外身故或喪葬費用增額保險金/<br>失能增額保險金(最高)(含一般意外身故/失能給付) |             | 300 萬 | 600 萬  | 900 萬  | 1,500 萬 |
|                                | 火災事故意外身故或喪葬費用增額保險金/<br>失能增額保險金(最高)(含一般意外身故/失能給付)     |             | 200 萬 | 300 萬  | 400 萬  | 600 萬   |
|                                | 特定燒燙傷保險金(最高)                                         |             | 50 萬  | 50 萬   | 100 萬  | 100 萬   |
| 安達產物<br>個人傷害<br>醫療保險<br>附約 (M) | 意外傷害住院醫療保險金(最高 90 天)                                 |             | 1,000 | 1,000  | 1,000  | 1,000   |
|                                | 意外傷害加護病房住院醫療保險金(最高 30 天)<br>(含意外傷害住院醫療保險金)           |             | 2,000 | 2,000  | 2,000  | 2,000   |
|                                | 意外傷害燒燙傷病房住院醫療保險金(最高 30 天)<br>(含意外傷害住院醫療保險金)          |             | 4,000 | 4,000  | 4,000  | 4,000   |
|                                | 意外傷害住院慰問保險金(住院需三日以上)                                 |             | 2,000 | 2,000  | 2,000  | 2,000   |
|                                | 骨折未住院保險金(最高限額)                                       |             | 3 萬   | 3 萬    | 3 萬    | 3 萬     |
|                                | 意外門診手術醫療保險金(定額)                                      |             | 2,000 | 2,000  | 2,000  | 2,000   |
|                                | 食物中毒住院慰問保險金(定額)                                      |             | 3,000 | 3,000  | 3,000  | 3,000   |
|                                | 特定人工器官保險金(最高限額)                                      |             | 5 萬   | 5 萬    | 5 萬    | 5 萬     |
|                                | 輔助器具費用補償保險金(最高限額)                                    |             | 1 萬   | 2 萬    | 3 萬    | 5 萬     |
| 年繳保費                           | 職業等級 1~3 類                                           | 15足歲-59歲(含) | 1,456 | 2,263  | 3,076  | 4,674   |
|                                |                                                      | 60-65 歲(含)  | 4,144 | 6,920  | 9,721  | 15,245  |
|                                | 職業等級 4 類                                             | 15足歲-59歲(含) | 2,938 | 4,614  | 6,300  | 9,618   |
|                                |                                                      | 60-65 歲(含)  | 8,425 | 14,206 | 20,033 | 31,527  |

## 加值計畫

限與主計畫同時投保

+

+

+

+

| 安達產物<br>個人傷害<br>醫療保險<br>附約(M) | 保障內容                   |             | 計畫 1     | 計畫 2     | 計畫 3     | 計畫 4     |
|-------------------------------|------------------------|-------------|----------|----------|----------|----------|
|                               | 重大傷害失能住院補償保險金(最高 90 天) |             | 3, 000   | 3, 000   | 3, 000   | 3, 000   |
|                               | 實支實付傷害醫療保險金(限額)        |             | 1 萬      | 2 萬      | 3 萬      | 5 萬      |
|                               | 顏面傷害失能整型費用保險金(限額)      |             | 50 萬     | 50 萬     | 100 萬    | 100 萬    |
| 年繳保費                          | 主 計 畫 + 加值計畫           |             | 計畫 A + 1 | 計畫 B + 2 | 計畫 C + 3 | 計畫 D + 4 |
|                               | 職業等級 1~3 類             | 15足歲-59歲(含) | 2, 279   | 3, 205   | 4, 199   | 5, 994   |
|                               |                        | 60-65 歲(含)  | 5, 800   | 8, 815   | 11, 981  | 17, 901  |
|                               | 職業等級 4 類               | 15足歲-59歲(含) | 4, 665   | 6, 590   | 8, 657   | 12, 390  |
|                               |                        | 60-65 歲(含)  | 11, 899  | 18, 181  | 24, 774  | 37, 103  |

### 投保規則

- 投保年齡：15足歲-65歲，每次保險期間屆滿前，經美商安達產物同意續保，得續保一年，最高續保年齡75歲(保險年齡)。
- 職業類別：1-4類
- 本保險為非保證續保之保險商品，美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司保留續保與否及調整專案續保年齡之權利。

### 商品文號

- 安達產物個人傷害保險(A)【一般意外身故保險金或喪葬費用保險金、搭乘大眾運輸工具意外身故或喪葬費用增額保險金、特定天災意外身故或喪葬費用增額保險金、火災事故意外身故或喪葬費用增額保險金、海外活動期間意外身故或喪葬費用增額保險金、一般意外失能保險金、搭乘大眾運輸工具意外失能增額保險金、特定天災意外失能增額保險金、火災事故意外失能增額保險金、海外活動期間意外失能增額保險金、特定燒燙傷保險金、一至六級失能生活補助保險金】112.12.14安達商字第1120778號函備查、113.08.29依113.06.28金管保壽字第11304207572號令修正
- 安達產物個人傷害醫療保險附約(M)【實支實付傷害醫療保險金、意外傷害住院醫療保險金、意外傷害加護病房住院醫療保險金、意外傷害燒燙傷病房住院醫療保險金、意外傷害住院慰問保險金、特定人工器官保險金、顏面傷害失能整型費用保險金、食物中毒住院慰問保險金、重大傷害失能住院補償保險金、意外門診手術醫療保險金、輔助器具費用補償保險金】113.08.13安達商字第1130403號函備查、114.06.02安達商字第1140000262號函備查
- 安達產物國際制裁限制除外不保附加條款107.09.03安達商字第1070554號函備查
- 安達產物自動續保附加條款(A3)108.05.21安達商字第1080281號函備查



**理賠範例** 以下範例假設皆以健保身分就醫，且理賠時仍須依實際情況並符合保單條款約定為準。

### 情境 1

林先生投保**安達產險「扶氣滿堂2.0+」專案計畫D+4**

過馬路時被闖紅燈車輛撞飛，造成頭部嚴重受創陷入昏迷，送醫後有顱內出血之情形。經插管搶救，於加護病房治療13天後宣告不治，出院時家人為其支付醫療費用共12萬元。

| 給付項目            | 定額 / 限額      | 理賠給付      | 說 明                        |
|-----------------|--------------|-----------|----------------------------|
| 一般意外身故保險金       | 5,000,000 限額 | 5,000,000 | 意外身故                       |
| 實支實付傷害醫療保險金     | 50,000 限額    | 50,000    | 保額最高上限5萬元 (正本收據申請)         |
| 意外傷害加護病房住院醫療保險金 | 2,000 日額     | 26,000    | $2,000 \times 13 = 26,000$ |
| 意外傷害住院慰問保險金     | 2,000 定額     | 2,000     | 需住院三日以上                    |
| 理賠金額合計          |              | 5,078,000 |                            |



### 情境 2

陳小妹投保**安達產險「扶氣滿堂2.0+」專案計畫D+4**

遭一名患有思覺失調症的男子攻擊，慘遭對方徒手挖眼，導致顱骨、鼻樑骨折骨裂，雙眼重創，緊急送醫開刀搶救，入住加護病房30天，再轉一般病房治療60天後出院，出院時所有醫療費用支出合計55萬元，經180天後醫生判定雙眼失明。

| 給付項目            | 定額 / 限額      | 理賠給付      | 說 明                         |
|-----------------|--------------|-----------|-----------------------------|
| 一般意外身故保險金失能保險金  | 5,000,000 限額 | 5,000,000 | 一級失能-雙眼失明                   |
| 一至六級失能生活補助保險金   | 2,500,000 限額 | 2,500,000 | 一級失能-雙眼失明                   |
| 實支實付傷害醫療保險金     | 50,000 限額    | 50,000    | 保額最高上限5萬元 (正本收據申請)          |
| 意外傷害加護病房住院醫療保險金 | 2,000 日額     | 60,000    | $2,000 \times 30 = 60,000$  |
| 意外傷害住院醫療保險金     | 1,000 日額     | 60,000    | $1,000 \times 60 = 60,000$  |
| 重大傷害失能住院補償保險金   | 3,000 日額     | 270,000   | $3,000 \times 90 = 270,000$ |
| 意外傷害住院慰問保險金     | 2,000 定額     | 2,000     | 需住院三日以上                     |
| 特定人工器官保險金       | 50,000 限額    | 50,000    | 有裝置義眼每隻 25,000，雙眼合計50,000   |
| 輔助器具費用補償保險金     | 50,000 限額    | 10,000    | 有裝置義眼，義眼理賠金額最高10,000        |
| 理賠金額合計          |              | 8,002,000 |                             |





## 注意事項

1. 消費者投保前應審慎瞭解本保險商品之承保範圍、除外不保事項及產品風險。
2. 消費者於購買前，應詳閱各種銷售文件內容，本商品之預定費用率為49%；如要詳細了解其他相關資訊，請洽本分公司業務員、服務據點（台北市信義區信義路五段8號10樓、免付費服務暨申訴專線電話：0800-339-899）或網站（<https://www.chubb.com/tw>），以保障您的權益。
3. 欲查閱本分公司資訊公開說明文件，請至本分公司網站或來電0800-608-989索取。
4. 本保險為保險商品，依保險法及其他相關規定受保險安定基金保障；本保險非存款商品，不受存款保險保障。
5. 本保險為非保證續保之保險商品。
6. 本商品內容、費率、保險給付(相關條件、年齡、金額等資格)與其他未盡事宜，悉依保單條款規定為準，本簡介之內容**僅供參考**，本分公司保留最終承保與否之權利。
7. 本商品投保年齡為15足歲至65歲。
8. 本保險所稱之「住院」，係指被保險人經醫師診斷其傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者。但不包含全民健康保險法所稱之日間住院及精神衛生法所稱之日間留院/日間照護。

## 關於安達

安達是全球領先的保險公司，業務遍及54個國家及地區，為各產業的客戶提供商業及個人財產和責任保險、個人意外及醫療保險、再保險及人壽保險等。作為一間承保公司，我們準確地分析、評估、承擔及管理風險，並致力提供高效及卓越的理賠服務。公司以其多元化的產品及服務範圍、廣泛的銷售能力、雄厚的財務實力、卓越的承保能力和理賠專業知識，以及遍佈全球的營運而著稱。母公司安達有限公司於紐約證券交易所上市（紐約證券交易所：CB），為標準普爾500指數的成份公司。安達保險於蘇黎世、紐約、倫敦、巴黎及全球各大城市皆設有據點，並擁有逾43,000名員工。如欲獲取更多資料可瀏覽

<https://www.chubb.com/tw>

## 聯絡我們

美商安達產物保險股份有限公司  
台灣分公司  
110台北市信義區信義路五段8號10樓  
O +886.2.8758.1800  
[www.chubb.com/tw](http://www.chubb.com/tw)  
免付費服務專線電話：0800-818-918

傳真專線  
(北) 0800-586-100  
(中) 0800-888-206  
(南) 0800-888-276

美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司 公司地址：110台北市信義區5段8號10樓  
免費申訴電話：0800-608-989 網址：<https://www.chubb.com/tw>

©2025安達。並非所有保障可於所有司法管轄區提供。Chubb®及其相關標誌，以及Chubb. Insured.™乃安達的保護註冊商標。