CHUBB®
安達產物℠

# 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。

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| 安達產物個人傷害保險(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/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/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 |
| 安達產物個人傷害醫療保險附約(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)(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)(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 |
| | 職業等級 1~3 類 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 |
| | 職業等級 4 類 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

| 商品名稱 | 保障內容 | 計畫 1 | 計畫 2 | 計畫 3 | 計畫 4 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | + | + | + | + |
| 安達產物個人傷害醫療保險附約(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 |
| 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 |
| | 職業等級 1~3 類 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 |
| | 職業等級 4 類 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最終承保與否之權利

### 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、顏面傷害失能整形費用保險金、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
- 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

Yes858幫我保
傳真(02)3233-2264

CHUBB®

# 美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司
# 安達產物一年期個人傷害保險要保書

113.08.13 安達商字第 1130403 號函備查

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 | □男<br>□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 | □□□　　(本公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) | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***保單寄送方式** | □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>***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。** | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **被保險人** | □同要保人 | 性　別 | □男<br>□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 | □□□　　(本公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 | 係被保險人關係之 | 聯絡地址、電話 | 給付方式 |
|---|---|---|---|---|---|
| | (1) | | | □要保人聯絡地址/電話□被保險人聯絡地址/電話□不同意填寫　□指定地址/電話： | □按填寫順位<br>□比例(請註明比例) |
| | (2) | | | □要保人聯絡地址/電話□被保險人聯絡地址/電話□不同意填寫　□指定地址/電話： | 1. _____%<br>2. _____% |
| | (3) | | | □要保人聯絡地址/電話□被保險人聯絡地址/電話□不同意填寫　□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。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 | □匯款/劃撥 □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。 | □是 □否 |
| 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〇·三以下。(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。 | □是 □否 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| 安達產物個人傷害保險(A)(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/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/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/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 |
| 安達產物個人傷害醫療保險附約(M)(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)(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)(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 |
| 安達產物個人傷害醫療保險附約(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

| | 主計畫 | | 計畫 A | 計畫 B | 計畫 C | 計畫 D |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |
| | 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 |

| | |
|---|---|
| □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。（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。

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

(以下非要保書之一部份)



@NT2M

# 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

CHUBB®

# 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。

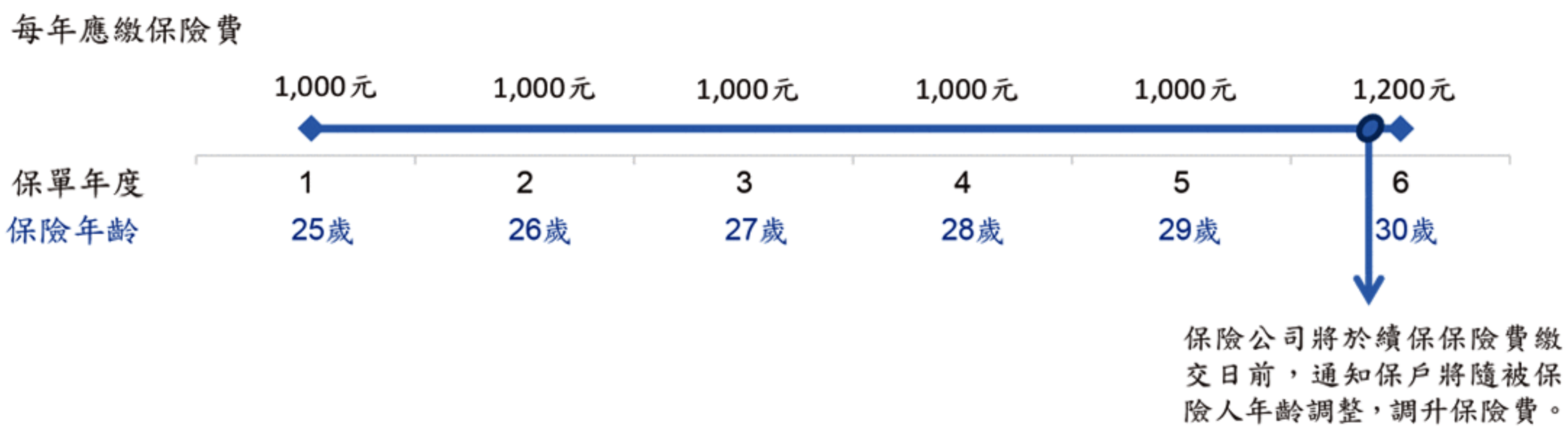
| | | |
|---|---|---|
| 商品名稱 | 安達產物個人傷害保險(A) | |
| | 安達產物個人傷害醫療保險附約(M) | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

● **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。




**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

CHUBB® 美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司

| 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(西元)年/月/日 | / / | 授權人聯絡電話(行動電話) | |
| 與要/被保人關係 | ☐要保人　☐被保險人　☐受益人　☐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: ☐ VISA　☐ Master Card　☐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:** ＿＿＿＿＿＿＿＿<br>(須與信用卡之簽名樣式相同) | **要 保 人 簽 名:** ＿＿＿＿＿＿＿＿<br>(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

1. 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)。
2. 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。
3. 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。
4. 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。
5. 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。
6. 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。
7. 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。
8. 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。
9. 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。
10. 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。
11. 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。
12. 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。
13. 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。
14. 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。
15. 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。
16. 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**