

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 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號 (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”。
***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	<input type="checkbox"/> 同要保人	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號 (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)
------	---

公司名稱	職稱/工作內容	副業	(如無可省略)
------	---------	----	---------

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)			<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 <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. ___% 2. ___% 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	<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。	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○·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。	<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	計畫 B	計畫 C	計畫 D	計畫 E	計畫 F
安達產物個人傷害保險(乙型)(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	100 萬	200 萬	200 萬	300 萬	300 萬
	特定燒燙傷保險金	50 萬	50 萬	50 萬	50 萬	50 萬	50 萬
	一至六級失能生活補助保險金	50 萬	50 萬	50 萬	50 萬	50 萬	50 萬
	特定天災意外身故增額保險金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	200 萬	300 萬	300 萬	400 萬	400 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	300 萬	600 萬	600 萬	900 萬	900 萬
安達產物個人傷害醫療保險附約(註二)	特定人工器官保險金	最高 5 萬	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	3,000 元	3,000 元	3,000 元
	意外傷害住院慰問保險金(住院需三日以上)	2,000 元	2,000 元	2,000 元	2,000 元	2,000 元	2,000 元
	意外傷害住院醫療保險金(最高 90 天)	1,000 元	1,000 元	1,000 元	1,000 元	1,000 元	1,000 元
	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 元	2,000 元	2,000 元	2,000 元	2,000 元	2,000 元
	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 元	4,000 元	4,000 元	4,000 元	4,000 元	4,000 元
	骨折未住院保險金	最高 3 萬	最高 3 萬	最高 3 萬	最高 3 萬	最高 3 萬	最高 3 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	2,000 元
	重大傷害失能住院補償保險金(最高 90 天)	3,000 元	-	3,000 元	-	3,000 元	-
	實支實付傷害醫療保險金(限額)	3 萬	-	3 萬	-	3 萬	-
	顏面傷害失能整型費用保險金(限額)	40 萬	-	40 萬	-	40 萬	-
年繳保費(職業等級 1-3 類)		<input type="checkbox"/> 2,354 元	<input type="checkbox"/> 1,464 元	<input type="checkbox"/> 3,208 元	<input type="checkbox"/> 2,318 元	<input type="checkbox"/> 4,062 元	<input type="checkbox"/> 3,172 元
年繳保費(職業等級 4 類)		<input type="checkbox"/> 4,769 元	<input type="checkbox"/> 2,895 元	<input type="checkbox"/> 6,563 元	<input type="checkbox"/> 4,689 元	<input type="checkbox"/> 8,357 元	<input type="checkbox"/> 6,483 元
<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。(如未勾選視為不同意)					
<input checked="" type="checkbox"/> 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」及「特定天災意外事故」。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。
4. 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:

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 受理欄
		簽名:			
		登錄證號:			
		手機:	受理編號:		

(以下非要保書之一部分)

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)	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)
* 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	<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) _____ (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： _____ (須與信用卡之簽名樣式相同)	要保人簽名： _____ (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】

(202204 版)

受理人員/日期	經辦人員/日期	覆核人員/日期

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 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, 請說明: _____
- 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: _____
- 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: _____
- 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
- 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? <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
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, 抑或對於其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:	註冊地: <input type="checkbox"/> (1)本國 <input type="checkbox"/> (2)外國, 國家:
	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
	客戶屬性: <input type="checkbox"/> 非專業客戶 <input type="checkbox"/> 專業客戶(詳註二)

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。博奕產業/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。

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。

- 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: _____
- 要保人及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

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，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。

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，就被保險人前往古巴、伊朗、北韓、蘇丹、敘利亞、克里米亞共和國、委內瑞拉或其他制裁國家所發生之保險事故，本分公司不予承保。