

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）第六條第二項、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：

（一）財產保險（〇九三）；（二）人身保險（〇〇一）；（三）其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務（一八一）。

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）病歷、醫療、健康檢查；及/或（五）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。

（二）對象：本公司及本公司海外分支機構、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、中央健康保險局、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。

（三）地區：上述對象所在之地區。

（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。

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。

2016.10 版

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八條規定：「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，都需要實實在在詳詳細細的說明或填寫清楚，不能有遺漏、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，其已繳的保險費不須退還，這一點要保人或被保險人請特別注意以免遭受損失。

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說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。為知道你投保的內容，及維護你的權益，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。

- ◎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。
- ◎本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合保險精算原則及保險法令,惟為確保權益,基於保險業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。

保單號碼:

要保人	要保人(單位)姓名(註一)	身分證字號/護照號碼/統一編號:	與被保險人關係: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 請說明關係_____
	聯絡地址: □□□□□		出生年月日:
保險期間	Email:		電話: _____ 傳真: _____
	民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時起(24小時制)		旅行目的: <input type="checkbox"/> 觀光 <input type="checkbox"/> 出差 <input type="checkbox"/> 遊學 <input type="checkbox"/> 其它_____
	至民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時止共計 _____ 天(註二)		旅行方式: <input type="checkbox"/> 飛機 <input type="checkbox"/> 遊覽車 <input type="checkbox"/> 輪船 <input type="checkbox"/> 其它_____
			目的地: <input type="checkbox"/> 台灣本島和離島 <input type="checkbox"/> 海外(請註明)_____
			<input type="checkbox"/> 歐洲-申根地區(請註明)

被保險人	被保險人姓名及簽署 (未滿20歲請法定代理人簽名)	<input type="checkbox"/> 同要保人		
	被保險人出生年月日	1.	2.	
	身分證或護照號碼			
	身故保險金受益人(若未指定則為法定繼承人)	姓名/與被保險人關係	/	/
	*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。	身分證字號		
		聯絡地址及電話	<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址電話	<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址電話
	住居所地址 (投保旅行期間居家竊盜險者務必填寫)	<input type="checkbox"/> 同要保人		<input type="checkbox"/> 同要保人
是否已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	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請詳述)		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請詳述)	
被保險人人數 / 每人保險費		人 / 元	人 / 元	

商品名稱 / 保障內容	<input type="checkbox"/> 旅行平安保險	意外身故及殘廢保險(註三)	萬	萬		
		重大燒燙傷保險	限額為意外身故及殘廢保險金之百分之二十五			
		意外傷害醫療保險	萬	萬		
	<input type="checkbox"/> 海外突發疾病健康保險(限旅行目的地為海外地區者投保)(註四)	海外突發疾病住院醫療保險	萬	萬		
		海外突發疾病門診醫療保險	限額為海外突發疾病住院醫療費用保險金之百分之一			
	<input type="checkbox"/> 海外旅行綜合保險(個人保障型)(限旅行目的地為海外地區者投保)	(新台幣)				
	保障內容	保險金額	保障內容	保險金額	保障內容	保險金額
	1.旅程取消保險	120,000元	5.行李損失保險(註七)	80,000元	9.班機延誤失接保險(註十)	2,000元
	2.旅程縮短保險	120,000元	6.行李延誤費用保險(註八)	4,500元	10.班機改降保險(註十一)	2,000元
	3.旅行文件損失保險(註五)	10,000元	7.第三人責任保險	4,000,000元	11.現金竊盜損失保險(註十二)	3,000元
	4.旅程延誤保險(註六)	9,000元	8.旅行期間居家竊盜保險(註九)	50,000元	12.信用卡盜用損失保險(註十三)	50,000元

安達產物特定地區除外責任附加條款:被保險人於本契約有效期間內,因自中華民國或第三地出境前往古巴、經古巴轉運、在古巴境內、或由古巴離境至入境中華民國或第三地前之期間,發生本契約所約定之保險事故,本公司不負給付各項保險金的責任,但被保險人非自願出入古巴者,不在此限。

投保總人數: _____ 人 / 保險費合計: _____ 元

要保人及被保險人聲明事項:

- 本人(被保險人)同意 貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- 本人(被保險人、要保人)同意 貴公司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。
- 本人已審閱並瞭解 貴公司所提供之「投保須知」,另依「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」,本人已瞭解 貴公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。
- 本人(被保險人、要保人)同意 貴公司就本人之個人資料,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(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 貴公司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 貴公司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 貴公司仍承保者, 貴公司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 貴公司,同意 貴公司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。

■「聲明事項」之內容應由要保人及被保險人親自確認後簽名。■如填寫時有塗改任何資料請於塗改處簽名確認。

註一:要保人須為20歲以上。註二:所載日時以中原標準時間為準。註三:以未滿15歲之未成年者為被保險人時,本欄僅為「殘廢保險金額」。註四:海外突發疾病健康保險所稱「突發疾病」係指被保險人非係以獲得海外醫療為目的,並在每次出國前九十天以內未曾接受過該項疾病之診斷、治療或用藥,且需即時在醫院或診所治療始能避免損害身體健康之疾病;若該項疾病已完全治療痊癒而在海外期間再度發生者,亦視為突發疾病。註五:須於事故發生後24小時內報案,否則本公司不負理賠責任。註六:不含被保險人通過中華民國海關出境前已確認之延誤。註七:對於每件物品之損失最高以新台幣8,000元為限。註八:不含返回中華民國境內機場之行李延誤。註九:所承保建築物以被保險人自有者為限。註十:因前班班機延誤而致失接,於到達轉運站後6小時內無其他班機可供其轉接者。註十一:不包括改降於中華民國境內其他機場。註十二:被保險人須於24小時內報案。註十三:承保掛失或止付前24小時內之盜刷損失及信用卡掛失止付及申請重置之費用。註十四:其他事項請詳條款內容約定。

■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: _____ (未滿20歲須請法定代理人簽名) 申請日期: 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

■保單暨收據寄送地址: 聯絡地址 住居所在地 保經/代轉送 其它地址或 Email: _____ (未勾選將寄送至聯絡地址)

【下欄由保險經紀人/代理人及保險公司填寫】

業務單位:	業務員簽名:	聯絡電話:	保險經紀人/代理人簽署人章	保險公司受理章	保險公司核保章
備註:	登錄證字號:	傳真:			

繳費方式: 信用卡 ATM轉帳:國泰世華銀行世貿分行 013 帳號: 065-03-001696-8 (請檢附交易明細並註明要保人姓名) 105.09.14 製-傳真回覆專線: 0800-888-011 【GATL/A04】

- ◎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。
- ◎本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合保險精算原則及保險法令,惟為確保權益,基於保險業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。

保單號碼	要保人
------	-----

序號	被保險人姓名及簽署 (未滿 20 歲請法定代理人簽名)	出生 年月日	身分證或 護照號碼	意外身故及 殘廢保險金 (註一)	意外傷害醫 療保險金	海外突發疾 病住院醫療 保險金(註二)	每人 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或實支實付型 醫療保險?
1	住居所地址:			萬	萬	萬	元	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請詳述)
	身故保險金受益人(若未指定則為法定繼承人)	姓名/身分證字號/與被保險人關係: 聯絡地址及電話: <input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址及電話						
2	住居所地址:			萬	萬	萬	元	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請詳述)
	身故保險金受益人(若未指定則為法定繼承人)	姓名/身分證字號/與被保險人關係: 聯絡地址及電話: <input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址及電話						
3	住居所地址:			萬	萬	萬	元	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請詳述)
	身故保險金受益人(若未指定則為法定繼承人)	姓名/身分證字號/與被保險人關係: 聯絡地址及電話: <input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址及電話						
4	住居所地址:			萬	萬	萬	元	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請詳述)
	身故保險金受益人(若未指定則為法定繼承人)	姓名/身分證字號/與被保險人關係: 聯絡地址及電話: <input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址及電話						
5	住居所地址:			萬	萬	萬	元	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請詳述)
	身故保險金受益人(若未指定則為法定繼承人)	姓名/身分證字號/與被保險人關係: 聯絡地址及電話: <input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址及電話						
6	住居所地址:			萬	萬	萬	元	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請詳述)
	身故保險金受益人(若未指定則為法定繼承人)	姓名/身分證字號/與被保險人關係: 聯絡地址及電話: <input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址及電話						
7	住居所地址:			萬	萬	萬	元	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請詳述)
	身故保險金受益人(若未指定則為法定繼承人)	姓名/身分證字號/與被保險人關係: 聯絡地址及電話: <input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址及電話						
8	住居所地址:			萬	萬	萬	元	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請詳述)
	身故保險金受益人(若未指定則為法定繼承人)	姓名/身分證字號/與被保險人關係: 聯絡地址及電話: <input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址及電話						
9	住居所地址:			萬	萬	萬	元	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請詳述)
	身故保險金受益人(若未指定則為法定繼承人)	姓名/身分證字號/與被保險人關係: 聯絡地址及電話: <input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 指定地址及電話						
10	住居所地址:			萬	萬	萬	元	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請詳述)
	身故保險金受益人(若未指定則為法定繼承人)	姓名/身分證字號/與被保險人關係: 聯絡地址及電話: <input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 不同意填寫 <input type="checkbox"/> 請指定地址及電話						

註一:含重大燒燙傷保險金,限額為身故及殘廢保險金之百分之二十五;以未滿 15 歲之未成年人為被保險人時,本欄僅為「殘廢保險金額」。註二:海外突發疾病住院醫療保險金含海外突發疾病門診醫療費用保險金,門診醫療費用限額為海外突發疾病住院醫療費用保險金之百分之一。海外突發疾病健康保險所稱「突發疾病」係指被保險人非係以獲得海外醫療為目的,並在每次出國前九十天以內未曾接受過該項疾病之診斷、治療或用藥,且需即時在醫院或診所治療始能避免損害身體健康之疾病;若該項疾病已完全治療痊癒而在海外期間再度發生者,亦視為突發疾病。

保險需求及適合度評估暨業務員報告書(旅行險適用)

保單號碼：_____

要保人(單位)姓名：_____

<p>要保人為自然人</p> <p>1. 職業 <input type="checkbox"/> (1)一般職業 <input type="checkbox"/> (2)註一所列職業</p> <p>2. 國籍 <input type="checkbox"/> (1)本國籍 <input type="checkbox"/> (2)外國籍，國籍：_____</p> <p>3. 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)：_____</p> <p>4. 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，抑或對於具有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：_____</p> <p>5. 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：中央或地方民代表、公務 機關首長) <input type="checkbox"/> (1)否 <input type="checkbox"/> (2)是，請說明：_____</p>	<p>要保人為法人</p> <p>1. 設立時間:民國 年 月 日</p> <p>2. 負責人：_____</p> <p>3. 行業 <input type="checkbox"/> (1)一般行業 <input type="checkbox"/> (2)註一所列行業</p> <p>4. 註冊地:<input type="checkbox"/> (1)本國 <input type="checkbox"/> (2)外國，國家：_____</p> <p>5. 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</p>
--	---

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。博弈產業/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。

【個人件&要保人為自然人之集體彙繳件】被保險人資料

姓名	工作年收入與其他收入 (新台幣)	家中主要經濟來源者	是否投保其 他旅遊保險	身故受益人身分、其順位及應得比例是否適用民法 繼承編規定
<input type="checkbox"/> 同要保人	<input type="checkbox"/> 50萬以下 <input type="checkbox"/> 51~100萬 <input type="checkbox"/> 101~200萬 <input type="checkbox"/> 201~300萬 <input type="checkbox"/> 300~500萬元	<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人本人 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(請說明原因/姓名/ID/關係)
	<input type="checkbox"/> 50萬以下 <input type="checkbox"/> 51~100萬 <input type="checkbox"/> 101~200萬 <input type="checkbox"/> 201~300萬 <input type="checkbox"/> 300~500萬元	<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人本人 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(請說明原因/姓名/ID/關係)
	<input type="checkbox"/> 50萬以下 <input type="checkbox"/> 51~100萬 <input type="checkbox"/> 101~200萬 <input type="checkbox"/> 201~300萬 <input type="checkbox"/> 300~500萬元	<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人本人 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(請說明原因/姓名/ID/關係)
	<input type="checkbox"/> 50萬以下 <input type="checkbox"/> 51~100萬 <input type="checkbox"/> 101~200萬 <input type="checkbox"/> 201~300萬 <input type="checkbox"/> 300~500萬元	<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人本人 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(請說明原因/姓名/ID/關係)
	<input type="checkbox"/> 50萬以下 <input type="checkbox"/> 51~100萬 <input type="checkbox"/> 101~200萬 <input type="checkbox"/> 201~300萬 <input type="checkbox"/> 300~500萬元	<input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人本人 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(請說明原因/姓名/ID/關係)

*若被保險人為已婚者，請於年收入欄位填寫夫妻雙方年收入及其他收入總和。*若被保險人為未成年人/學生時，請於年收入欄位填寫其父母或法定代理人年收入及其他收入總和。*要保人為自然人且每位被保險人投保金額在 500 萬元以下者，請填寫代表或第一位被保險人資料即可；投保金額超過 500 萬者請逐一填寫。

【招攬經過】

1. 投保目的與需求： 旅遊保障 商務差旅 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 其他：_____
3. 其他有利核保資訊(補充說明)：_____

※業務員聲明事項

1. 要保書之被保險人職業及告知事項，確實經本人向要、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。
3. 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

信用卡付款授權書(ITA 專用)

申請日期： 年 月 日

要保人姓名		要保人身分證字號	
聯絡電話	(公)	(宅)	(行動電話)
* 以上各項聯絡資訊僅供本次授權聯絡事宜使用，如與要保書不同而需異動，請另行提出申請變更。			
保單號碼		保單號碼	
被保險人姓名		被保險人姓名	
總保費(新台幣/元)		總保費(新台幣/元)	
信用卡授權人姓名		信用卡授權人身分證字號	
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) _____ (限要/被保險人之父母、配偶、子女、兄弟姐妹)		
發卡銀行： _____ (請務必填寫)			
信用卡號： _____ - _____ - _____			
信用卡有效期限： _____ / _____ (月/年) 卡片背面末三碼： _____ (以上資料請依信用卡卡面確實填寫)			
信用卡授權人簽名	(須與信用卡之簽名樣式相同)		
注意事項：本人確實收受安達保險所提供之『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之保險費予美商安達保險。
- 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，且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點情形致發卡機構無法扣款並繳付保險費予安達保險時，指定收費方式將自動轉換為"自行繳費"或安達保險指定之收費方式，且契約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，安達保險保有再次請款之權利。本授權書效力不受保險費未繳之影響。
- 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，安達保險保有再次請款之權利。本授權書效力不受保險費未繳之影響。
- 授權人以信用卡代繳保險費，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，與指定保險費之寬限期無關。
- 授權人對安達保險之保險費計算、退補保險費或授權內容有所疑義，應自行與安達保險洽詢，概與發卡機構無涉。
- 若安達保險經由此項服務所收取保險費有變動等情事時，除另有約定外，安達保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逾期或失效時，授權人應主動通知安達保險並重新填具授權書，依第2點辦理生效。授權人為或怠於前述通知及辦理相關程序，致安達保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。原授權書自通知後即行終止。
- 授權人重填授權書時，安達保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之安達保險之保險費，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全殘時，如發卡機構已將身故或全殘後原應繳之保險費支付予安達保險者，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；倘有退補款項，依第7點規定辦理。
- 授權人以同一張信用卡同時授權安達保險代繳二張以上保單之保險費時，代繳順序由安達保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。
- 安達保險應依個人資料保護法等相關法令，就本授權書填寫資料負保密義務，不得任意洩漏予非執行本授權書業務之第三人，亦不得作本授權書之目的範圍外使用。如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。
- 上述約定條款如有未盡事宜，授權人得與安達保險與發卡機構隨時協商修改之。

【以下由安達保險填寫】

受理人員/日期	經辦人員/日期	覆核人員/日期