

【列印要保文件第 2-3 頁】

疫苗保險紙本投保流程說明

商品名稱	保障內容	保險金額
安達產物嚴重特殊 傳染性肺炎疫苗接 保險綜合保險	一般住院日額保險金	3000 元/日(每次最高 14 日)
	住院慰問保險金(持續住院達五日以上)	2 萬/次
	加護病房住院定額保險金	3 萬/次
	喪葬費用定額補償保險金	30 萬元
	年繳保險費	226 元

核保規定：

1. 要保人須年滿 20 足歲
2. 承保年齡：16 足歲至保險年齡 75 歲
3. 被保險人限為要保人本人，或其配偶、子女、父母
4. 保單生效日為核保通過後自申請日翌日零時起生效
5. 每位被保險人限投保一張
6. 外籍人士投保需附上「居留證正反面影本」。並限本人或配偶擔任要保人親自簽名辦理。
7. 信用卡授權人僅限要/被保險人

【紙本投保進行流程】

下載/列印紙本要保文件(第 2-3 頁)



填寫回傳
 客服信箱 pro.ins@msa.hinet.net(主旨請註明:疫苗險專案)
 傳真：(02)2231-6204



客服受理並通知確認



要保文件正本自受理日起一週內寄達寶祥
 收件單位：寶祥保險經紀人(股)公司
 收件地址：新北市永和區保生路 1 號 12 樓之 6

美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司
安達產物嚴重特殊傳染性肺炎疫苗接種保障綜合保險要保書

110.06.22 安達商字第 1100459 號函備查

1. 本公司資訊公開說明文件，請查閱本公司網址：<https://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。
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。

以下資訊請務必逐一填寫

要保人	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	民國 年 月 日	身分證字號																
-----	----------------------------------------------------------	------	----------	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-MAIL	@	關係	係被保險人之
--------	---	----	--------

手機	連絡電話	日()	分機	夜()
----	------	------	----	------

聯絡地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (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)
------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

保單寄送方式	本公司將以電子文件方式簽發保單寄送至要保人的手機號碼，若本公司無法寄送時，本公司將改發紙本保單。要、被保險人亦得要求提供紙本保單。
--------	-------------------------------------------------------------------

被保險人	<input type="checkbox"/> 同要保人(同上述基本資料，以下可免填)
------	----------------------------------------------

被保險人	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	民國 年 月 日	身分證字號															
------	----------------------------------------------------------	------	----------	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

手機	連絡電話	日()	分機	夜()
----	------	------	----	------

E-MAIL	@
--------	---

聯絡地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (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)
------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

被保險人工作資料	公司名稱	職稱	工作內容	副業
----------	------	----	------	----

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"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 匯款 繳納保險費
------	----------------------	----------------------------------------------------------------------

被保險人是否領有身心障礙手冊或證明？否 是，請提供。

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

一般住院日額保險金、住院慰問保險金及加護病房住院定額保險金受益人為被保險人本人，本公司不受理其變更或指定。

商品名稱	保障內容	保險金額(單位:新台幣元)	年繳保險費
安達產物嚴重特殊傳染性肺炎疫苗接種保障綜合保險	一般住院日額保險金	每日 3,000 元，最高給付十四日	226 元
	住院慰問保險金(持續住院達五日以上)	20,000 元，每次疫苗接種以給付一次為限	
	加護病房住院定額保險金	30,000 元，每次疫苗接種以給付一次為限	
	喪葬費用定額補償保險金	300,000 元	

■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。

- 注意事項
1. 本保險契約所保障之疫苗接種次數，以二次為限。
 2. 本保險契約保險期間為一年且不保證續保。
 3. 保障期間：自被保險人接受疫苗接種當日起算，至下列較先屆至者之時止：
(1)自疫苗接種當日起算九十日屆滿之時。(2)本保險契約所載保險期間屆滿之時。
 4. 本保險契約生效後，雙方不得終止或解除本保險契約。但被保險人經醫師評估為不適合接種疫苗，且在本保險契約生效後未曾接受疫苗接種者，不在此限。本公司應從當期已繳保險費扣除按日數比例計算已經過期間之保險費後，將其未滿期保險費退還要保人。

- 聲明事項
1. 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。
 2. 本人(被保險人、要保人)同意 貴公司將本要保書上所载本人資料轉送產、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

- 本人已知悉本要保書所載「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	業務員	保險經紀人/代理人簽署章	保險公司受理欄
寶祥保經	簽名： 登錄證號：		
分行代碼			
6AE	員工編號： 手機：		受理編號：

繳費方式： 匯款 戶名：美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司 郵局劃撥帳號：50143752

ATM繳費：受款行 812台新國際商業銀行 帳號：97425+被保險人ID英文碼轉換2碼數字(A=01, 以此類推)+ID後9碼數字

信用卡(請填寫以下信用卡資訊)

疫苗險專用202104版

信用卡付款授權書

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 (授權關係僅限要/被保險人)		
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。
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。

產險業履行個人資料保護法告知義務內容

2019.10版

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：

(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)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)

履行個人資料保護法蒐集、處理及利用個人資料告知書

寶祥保險經紀人股份有限公司（下稱本公司）依據個人資料保護法（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，向您告知下列事項，請您詳閱：

一、蒐集之目的：

（一）人身及財產保險。（二）行銷。（三）消費者、客戶管理與服務。（四）調查、統計與研究分析。（五）其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。

二、蒐集之個人資料類別：姓名、地址、電話、身分證統一編號、出生年月日、職業、電子郵件、金融機構帳戶及病歷、醫療、健康檢查、與事故經過相關的查證個人資料等（包含非由您直接提供予本公司之個人資料），詳如相關業務申請書或契約書及應備文件內容所載。

三、個人資料之來源：（一）要保人、被保險人。（二）您或您的法定代理人、輔助人。（三）本公司各項業務內所委託、往來之第三人。（四）各醫療院所。（五）司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構。

四、個人資料利用之期間、對象、地區、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（分）公司、產、壽險公司、要保單位、寶健代理人保險股份有限公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險犯罪防制中心、財團法人金融消費評議中心或其他受理消費爭議機構、業務委外機構、與本公司有再保、共同行銷或合作推廣等業務往來之公司、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，您就本公司保有您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. 查詢、請求閱覽或請求製給複製本。2. 請求補充或更正。3. 請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。（二）行使權利之方式：書面。

六、您不提供個人資料所致權益之影響：您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、遲延或無法提供您相關服務或給付。

七、上開告知事項，如有任何疑問，歡迎洽詢本公司服務專線(02)2231-6319。