

## 【列印要保文件第 3-4 頁】

### 疫苗保險紙本投保流程說明

網路投保服務僅限於年滿 20 歲本國籍人士進行，並基於身分辨識要求，必須使用本國銀行發行之本人信用卡或具 visa 功能之金融簽帳卡進行投保。若不具上述身分或條件，請使用以下紙本投保流程。

#### 【紙本投保商品說明】

使用紙本投保銷售方案與 185 疫苗險會有部分差異。(詳右表)

	網路投保	紙本投保
疫苗反應不良反應	3000/天 (每次最高 14 天)	3000/天 (每次最高 14 天)
連續住院達五天	2 萬/次	2 萬/次
加護病房(定額)	3 萬/次	3 萬/次
喪葬費用定額	25 萬	30 萬
承保年齡	20~75	16~75
費用	185 元/年	226 元/年

#### 【紙本投保適用情況】

情況	說明
為 16~75 歲之子女、配偶、父母投保	若要保人(信用卡付款者)與被保險人(配偶、子女、父母)並非同一人，目前僅開放為直系血親投保，例如:可為父母投保並使用本人信用卡扣款，每一被保險人皆須填寫一份；但不可為配偶之父母投保。 (若被保險人未滿 20 歲需加法定代理人簽名)
外籍人士自行投保	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。
企業投保	若企業欲為員工進行投保，請洽寶祥人員，專案報價辦理。(02)2231-6319

#### 【紙本投保進行流程】



#### 【要保書填寫說明】

請注意，若有漏填或填寫不實，皆有可能須重新填寫，導致投保延誤或無法核保通過，請如實詳盡填寫。

頁數與文件	填寫項目	填寫說明
第七頁 要保書	1.要保人資料	與第九頁信用卡付款者相同之資料(若第九頁信用卡持卡人資料與本處所填要保人資料不相符，則將無法完成投保)。
	2.被保險人資料	1.要保人與被保險人相同請勾選同一人。 2.若為配偶、子女或父母投保，請填寫被保險人資料。

	3.被保險人職業	需填寫，若為學生、無業或已退休，請填寫「學生、無業或已退休」。
	4.保險期間	請留空白。
	5.申請日期	請留空白。
	6.相關詢問事項	請如實勾選回答。
	7.簽名	於要保人與被保險人簽名欄位處簽名。
第八頁 保險需求及適合度評估暨 業務員報告書	第 1~9 題	請如實勾選回答。
	第 10 題	若無則免填。
第九頁 信用卡付款授權書	全部填寫	信用卡授權人須與要保人為同一人。
第十頁 產險業履行個人資料 保護法告知義務內容	簽名處簽名	簽名處簽名同意個人資料使用條款。

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 checked="" 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
6AE	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)



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險單條款，消費者務必詳加閱讀了解。
- 與信用卡持卡人同一人，請消費者，請慎選符合需求之保險商品。

與信用卡持卡人同一人

要保人	王小明	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	民國67年3月4日	身分證字號	A123456789
E-MAIL	smallwang@google.com.tw		關係	係被保險人之 父子			
手機	0912345678	連絡電話	日( ) 選填	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) 台北市松山區南京東路四段00號						
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。限要保人直系親屬，本人投保請勾同要保人。						

被保險人	王大明	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	民國43年6月7日	身分證字號	A126476989
手機	0912658967	連絡電話	日( ) 選填	分機	夜( )		
E-MAIL	bigwang@google.com.tw						
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) 台北市松山區南京東路四段00號						

被保險人工作資料	公司名稱	公司/學校/無業	職稱	簡述	工作內容	簡述	副業
保險期間	民國	請留空	日	翌日零時起，為期一年。	繳費方式：	<input checked="" type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 匯款	繳納保險費 僅提供信用卡
被保險人是否領有身心障礙手冊或證明？ <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請提供。							
被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)？ <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 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 任院慰問保險金 (持續任院達五日以上) 加護病房住院定額保險金 喪葬費用定額補償保險金	每日 3,000 元，最高給付十四日 20,000 元，每次疫苗接種以給付一次為限 30,000 元，每次疫苗接種以給付一次為限 300,000 元	226 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)已告知本人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：王小明  
 法定代理人簽名：若為16~20歲孩童 投保須簽署  
 被保險人簽名：王大明  
 申請日期：請留空 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
6AE	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)

## 與要保人同一人

產險專用202104版

## 信用卡付款授權書

信用卡授權人姓名：	王小明 (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	A123456789	授權人出生日期1978/ 3 / 4 (西元)年/月/日	授權人聯絡電話 0912345678 (行動電話)
與要/被保人關係	<input checked="" 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： 信用卡號：	<input checked="" type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> JCB 0000 - 0000 - 0000 - 0000	發卡銀行： 信用卡有效期限：	XX 銀行 XX / XX (月/年)
信用卡授權人簽名：	王小明 (須與信用卡之簽名樣式相同)	要保人簽名：	王小明 (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，安達產險得進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：王小明 (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。

# 美商安達產物保險 安打疫苗保險專案

保障內容	保險金額 (單位:新台幣)
一般住院日額保險金	3,000 元 (最高給付14日)
住院慰問保險金(持續住院達5日以上)	2 萬(每次疫苗接種以給付一次為限)
加護病房住院定額保險金	3 萬(每次疫苗接種以給付一次為限)
喪葬費用定額補償保險金	30 萬元
年繳保費	226 元

## 商品特色



兩劑疫苗，雙重保障



小資保費，全面防護



單一費率，不分職業



無等待期，無需健告

## 核保規則

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。

## 商品文號

- 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、住院慰問保險金、加護病房住院定額保險金、喪葬費用定額補償保險金】110.4.16金管保產字第1100416509號函核准110.06.22安達商字第1100459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

## 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應分攤保險給付成本及各項費用後，經主管機關核定，應退還要保人的金額。(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。

## 財產保險投保人須知

- 茲依據「金融消費者保護法」及「金融服務業提供金融商品或服務前說明契約重要內容及揭露風險辦法」之規定，美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司(下稱本分公司)敬告要(被)保險人(下稱貴客戶)於投保前須特別注意下列事項：
- 一、投保時，業務員會告知您授權範圍及提供書閱保險單條款。為明瞭投保的內容，貴客戶請務必要求業務員出示相關文件並詳細告知，以確保本身的權益。
- 二、要保人及被保險人應誠實告知相關事項，若有違反告知義務時，本分公司得解除保險契約；保險事故發生後亦同。保險契約係最大誠信契約，故要保人及被保險人對於要保書書面詢問事項應據實說明，不得有隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明。若因此以致減少本分公司變更或減少危險之估計時，依保險法第64條規定，本分公司有解除契約之權，同時可依同法第25條規定無須退還已繳交之保險費。
- 三、除外責任：保險公司依照保險法的規定，對於被保險人的故意行為，不負給付保險金之責。此外，在保險單條款中會有詳細的除外責任及不保事項，消費者請務必審閱清楚。
- 四、貴客戶對保險契約之權利、行使、變更及終止方式：  
(一)權利行使：  
1.被保險標的發生保險契約承保範圍之事故時，貴客戶或受益人應依保險法相關法令與保險契約之約定與程序通知本分公司。  
2.由保險契約所生之權利，自得為請求之日起，經二年不行使而消滅。  
(二)契約變更、解除及終止：貴客戶得隨時以書面通知本分公司，辦理變更、解除及終止保險契約，但非經雙方同意且經本分公司發批者不生效力。
- 五、本分公司對於保險契約之重要權利、義務及責任：本分公司依據主管機關核定之各項規定承保並收取保險費；於承保危險事故發生時，依契約及相關法令規定，依承保責任給付保險金之義務。
- 六、貴客戶於繳交保險費外，無須另繳其他費用或違約金。
- 七、本分公司保險商品皆依保險相關法令辦理，並受財團法人保險安定基金之保障。
- 八、因投保契約所生紛爭之處理方式及申訴之管道：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。