CHUBB®　　美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司

安達產物團體傷害保險要保書

114.04.23 安達商字第 1140291 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，並把握保單契約撤銷之時效(收到保單翌日起算十日內)。
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。

保險單號碼 ：

基本資料及要保事項　　**※以下內容請以正楷清楚填寫，如有塗改，請於塗改處簽名確認。**

要保人(要保單位)		代表人		統一編號	
聯絡地址	□□□ （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）			連絡電話	
被保險人	詳被保險人名冊			與要保人之關係	
保險期間	自民國　　年　　月　　日零時起一年(所載日時以中原標準時間為準)				

保險項目	保險金額 (單位:新台幣元)
安達產物團體傷害保險(大專院校校外實習學生適用)-工作型實習被保險人	
身故保險金或喪葬費用保險金、失能保險金	200 萬元
(一)意外門診醫療保險金	5 萬元
(二)傷害住院醫療保險金	1000 元
「意外門診醫療保險金」及「傷害住院醫療保險金」保險期間內給付總限額	5 萬元
安達產物團體傷害保險(大專院校校外實習學生適用)- 一般型實習被保險人	
身故保險金或喪葬費用保險金、失能保險金	400 萬元
(一)意外門診醫療保險金	5 萬元
(二)傷害住院醫療保險金	1000 元
「意外門診醫療保險金」及「傷害住院醫療保險金」保險期間內給付總限額	5 萬元
(三)傷害住院醫療增額保險金	1000 元
傷害住院醫療增額保險金保險期間內給付總限額	5 萬元
保險費：	**元**

受益人

1. 身故保險金受益人：詳被保險人名冊，若未指定，以被保險人之法定繼承人為受益人。
2. 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。

注意事項

1. 本要保書為契約的構成部分，其餘約定請參閱保險單內容，以為依據。
2. 被保險人若因非約定之事故而致該被保險人保險契約效力終止時，本公司將退還未到期保險費給要保單位。

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）已審閱並瞭解 貴公司所提供之「投保須知」、「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」。

要保人(要保單位)簽章：

申請日期：　　年　　月　　日

■以下由保險經紀人公司/保險代理人公司與保險公司填寫：

單位名稱	單位代號	招攬人員	簽名：	保險經紀人公司/保險代理人公司受理日期	保險經紀人公司/保險代理人公司簽章	保險公司受理章	保險公司核保章
			登錄證號：				
			手機號碼：				
			EMAIL：				