

要保性質：請勾選
 公務出差/陪同訪團
 赴任/調任/調部
 返國述職/返國宣誓

要保單位(請款單位名稱):
 統編:
 地址:
 法人代表人:

電子信箱(必填):
 聯絡人:
 聯絡電話:
 填表日期:

序號	被保險人姓名	法定代理人姓名 (注意事項3)	身分 <input type="checkbox"/> 員工 <input type="checkbox"/> 眷屬	身分證字號/ 居留證號碼 (非本國人)	出生日期 民國年/月/ 日	出差國外 地點	保險期間 台灣地區標準時間	天數	投保計畫別-保險金額(新台幣)		是否加 保兵災 保險	身故保險金受益人 (若未指定則以法定繼承人 順序定之)		保險費
									15足歲以上 (保險金額肆百萬)	未滿15足歲 (擇一投保)		姓名	與被保險人 關係	
			<input type="checkbox"/> 員工 <input type="checkbox"/> 眷屬				年 月 日 零時起 年 月 日 24時止		<input type="checkbox"/> 一般險 <input type="checkbox"/> 申根險	一般險: <input type="checkbox"/> 20萬 <input type="checkbox"/> 40萬 <input type="checkbox"/> 61.5萬 申根險: <input type="checkbox"/> 20萬 <input type="checkbox"/> 40萬 <input type="checkbox"/> 61.5萬	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> 員工 <input type="checkbox"/> 眷屬				年 月 日 零時起 年 月 日 24時止		<input type="checkbox"/> 一般險 <input type="checkbox"/> 申根險	一般險: <input type="checkbox"/> 20萬 <input type="checkbox"/> 40萬 <input type="checkbox"/> 61.5萬 申根險: <input type="checkbox"/> 20萬 <input type="checkbox"/> 40萬 <input type="checkbox"/> 61.5萬	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> 員工 <input type="checkbox"/> 眷屬				年 月 日 零時起 年 月 日 24時止		<input type="checkbox"/> 一般險 <input type="checkbox"/> 申根險	一般險: <input type="checkbox"/> 20萬 <input type="checkbox"/> 40萬 <input type="checkbox"/> 61.5萬 申根險: <input type="checkbox"/> 20萬 <input type="checkbox"/> 40萬 <input type="checkbox"/> 61.5萬	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> 員工 <input type="checkbox"/> 眷屬				年 月 日 零時起 年 月 日 24時止		<input type="checkbox"/> 一般險 <input type="checkbox"/> 申根險	一般險: <input type="checkbox"/> 20萬 <input type="checkbox"/> 40萬 <input type="checkbox"/> 61.5萬 申根險: <input type="checkbox"/> 20萬 <input type="checkbox"/> 40萬 <input type="checkbox"/> 61.5萬	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> 員工 <input type="checkbox"/> 眷屬				年 月 日 零時起 年 月 日 24時止		<input type="checkbox"/> 一般險 <input type="checkbox"/> 申根險	一般險: <input type="checkbox"/> 20萬 <input type="checkbox"/> 40萬 <input type="checkbox"/> 61.5萬 申根險: <input type="checkbox"/> 20萬 <input type="checkbox"/> 40萬 <input type="checkbox"/> 61.5萬	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> 員工 <input type="checkbox"/> 眷屬				年 月 日 零時起 年 月 日 24時止		<input type="checkbox"/> 一般險 <input type="checkbox"/> 申根險	一般險: <input type="checkbox"/> 20萬 <input type="checkbox"/> 40萬 <input type="checkbox"/> 61.5萬 申根險: <input type="checkbox"/> 20萬 <input type="checkbox"/> 40萬 <input type="checkbox"/> 61.5萬	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> 員工 <input type="checkbox"/> 眷屬				年 月 日 零時起 年 月 日 24時止		<input type="checkbox"/> 一般險 <input type="checkbox"/> 申根險	一般險: <input type="checkbox"/> 20萬 <input type="checkbox"/> 40萬 <input type="checkbox"/> 61.5萬 申根險: <input type="checkbox"/> 20萬 <input type="checkbox"/> 40萬 <input type="checkbox"/> 61.5萬	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> 員工 <input type="checkbox"/> 眷屬				年 月 日 零時起 年 月 日 24時止		<input type="checkbox"/> 一般險 <input type="checkbox"/> 申根險	一般險: <input type="checkbox"/> 20萬 <input type="checkbox"/> 40萬 <input type="checkbox"/> 61.5萬 申根險: <input type="checkbox"/> 20萬 <input type="checkbox"/> 40萬 <input type="checkbox"/> 61.5萬	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			

注意事項:

1. 受益人：失能保險金的受益人，為被保險人本人，本公司不受理其指定或變更。身故保險金受益人的指定及變更，以被保險人家屬或其法定繼承人為限。若非三等親內，尚須填寫保險契約內容變更申請書及指定身故保險金受益人確認書。欄位空白則依民法繼承順位。
2. 囿於法令規定，未滿15足歲喪葬費用投保上限為新臺幣69萬元，故未滿15足歲子女倘產壽險同業的有效保單，喪葬費用保額已累計超過69萬，將不予投保。未滿15足歲為喪葬費用或失能保險金，囿於法令規定，將視被保險人其他保險情形，依可保額度最高級距投保。
3. 未滿7足歲請提供法定代理人姓名。

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。

送件單位:

(倘與上述要保單位及聯絡人相同，則可免填)

※填妥後請要保單位電郵至本公司進行受理※MOFA.TW@chubb.com/傳真電話：(02)2355-1992

送件單位承辦人:

電話:

Mail:

總保險費(單位NT\$):

要保單位蓋章