



# 接種疫苗前，請先投保 安打 226 疫苗專案

1. 保障最長: 接種後 **90 天** 內出現疫苗不良反應，**2 劑** 皆有保障
2. 市場先驅: 精準針對 **COVID-19** 疫苗不良反應提供 **4 大保障**
3. 投保簡便: 不分年齡單一費率、不分職業類別、無等待期、無須健康告知。

商品名稱	保障內容	保險金額(單位:新台幣)
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 14 日
	住院慰問保險金(持續住院達五日以上)	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
	<b>年繳保費</b>	<b>226 元</b>

**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



## 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。



## 聯絡資訊

規劃服務: Tai-One 台一保險經紀人  
 諮詢專線: 02-29705198 或 @Line  
 傳真專線: 02-81924318  
 台一地址: 新北市三重區重安街 132 號 6 樓之 1  
 繳費方式:

1. 郵政劃撥  
 戶名: 美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司  
 帳號: 50143752
2. ATM 繳費  
 受款行: 812 台新國際商業銀行  
 帳號: **97425+**身分證字號英文碼轉換 2 碼數字(註 1)+後 9 碼數字  
 註 1: 身分證字號英文碼轉 2 碼數字:A:01、B:02 ...



## 注意事項:

1. 消費者投保前應審慎瞭解本保險商品之承保範圍、除外不保事項及產品風險。
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。
5. 本保險所稱之「住院」，係指被保險人經醫院醫師診斷其疫苗接種不良反應必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者，但不包含全民健康保險第五十一條所稱之日間住院及精神衛生法第三十五條所稱之日間留院。保險公司辦理理賠作業於需要時會參據醫學專業意見審核被保險人住院之必要性。
6. 本專案商品包含安達產物國際制裁限制除外不保附加條款，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。
7. 「安打疫苗」專案(以下稱本專案)係由美商安達產物保險(股)公司台灣分公司提供並負擔基於保險契約所生之權利義務，本專案內容、費率、保險給付(相關條件、年齡、金額等資格)與其他未盡事宜，悉依保險條款為準，本簡介內容僅供參考，本分公司保留最終承保與否之權利。
8. 消費者於購買前，應詳閱各種銷售文件內容，本商品之預定費用率為 57.6%; 如要詳細了解其他相關資訊，請洽本分公司業務員、服務據點(台北市信義區信義路五段 8 號 10 樓、免付費服務暨申訴專線電話: 0800-339-899) 或網站 (<https://www.chubb.com/tw>)，以保障您的權益。
9. 本商品經本分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。
10. 欲查閱本分公司資訊公開說明文件，請至本分公司網站或來電 0800-608-989 索取。



## 注意事項

- \* 要保書及繳費憑證傳真至台一保經(申請日須同繳費日)
- \* 請將正本文件繳至台一保經
- \* 核保完成後將以簡訊方式發送電子保單



保單條款及投保須知請掃描 QR Code

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？	<input 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 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	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
簽名：	登錄證號：		
分行代碼			
員工編號：	手機：		受理編號：

## 信用卡付款授權書

疫苗險專用 202104 版

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

- 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)。
- 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。
- 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。
- 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;如有寬限期間者(續期),依照原保單條款約定事項處理。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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具授權書,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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

保險需求及適合度評估暨業務員報告書(綜合保險適用)

要保人姓名: \_\_\_\_\_ 被保險人姓名: \_\_\_\_\_ 同要保人

※要保人/被保險人資料

- 投保目的與需求：個人投保請勾選 增加保障 風險移轉 其他 \_\_\_\_\_；法人投保請勾選 為法人或團體所屬員工可能承受之傷害及營運風險作風險規劃 其他（請說明）\_\_\_\_\_
- 招攬經過：親友 保戶介紹 職域開拓 陌生拜訪 主動投保並說明原因：\_\_\_\_\_ 其他：\_\_\_\_\_
- 被保險人國籍  (1)本國籍  (2)外國籍，國籍：\_\_\_\_\_
- 被保險人身體健康狀況：正常/普通 其他，請說明：\_\_\_\_\_
- 繳交保險費的資金來源 工作收入 營業收入(自然人請勿勾選) 存款 保單借款 保單解約 貸款 其他：\_\_\_\_\_
- 投保前三個月內客戶是否有辦理終止保險契約、貸款或保險單借款?(可複選) 終止保險契約 貸款 保單借款 以上皆無
- 要保人/被保險人或家中主要經濟來源者之財務狀況：
  - 家中主要經濟來源者為**被保險人** 本人 配偶 父母 子女 其他：\_\_\_\_\_
  - 工作年收入與其他收入(新台幣)：

	被保險人	要保人(與被保險人同一人無須填寫)
個人工作年收入	_____萬	_____萬
其他收入	_____萬 收入來源 <input type="checkbox"/> 投資 <input type="checkbox"/> 租金(可複選)	_____萬 收入來源 <input type="checkbox"/> 投資 <input type="checkbox"/> 租金(可複選)
家庭年收入	_____萬	_____萬

8. 要保人

A. 自然人	B. 法人
職業 <input type="checkbox"/> (1)一般職業 <input type="checkbox"/> (2)註一所列職業	設立時間: 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
國籍 <input type="checkbox"/> (1)本國籍 <input type="checkbox"/> (2)外國籍，國籍：	負責人：
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)：	行業 <input type="checkbox"/> (1)一般行業 <input type="checkbox"/> (2)註一所列行業
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：	註冊地: <input type="checkbox"/> (1)本國 <input type="checkbox"/> (2)外國，國家：
	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
	客戶屬性： <input type="checkbox"/> 非專業客戶 <input type="checkbox"/> 專業客戶(詳註二)

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。註二：專業客戶：要保人或被保險人符合以下條件之一者：(1)依金融消費者保護法第四條第二項授權規定之專業投資機構：國內外之銀行業、證券業、期貨業、保險業(不包括保險代理人、保險經紀人及保險公證人)、基金管理公司及政府投資機構；國內外之政府基金、退休基金、共同基金、單位信託及金融服務業依證券投資信託及顧問法、期貨交易法或信託業法經理之基金或接受金融消費者委任交付或信託移轉之委託投資資產；其他經主管機關認定之機構。(2)要保人或被保險人為法人，接受本公司提供保險商品或服務時最近一期之財務報告總資產達新臺幣五十萬元以上。

- 要保人或被保險人是否是現任(或曾任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務人士(如：中央或地方民意代表、公務機關首長)?  (1)否  (2)是，請說明：\_\_\_\_\_
- 其他有利核保資訊(補充說明)：\_\_\_\_\_

※客戶屬性(請逐一確認)

- 招攬人員已充分瞭解要保人及被保險人之基本資料.....
- 招攬人員已瞭解要保人之投保條件、投保目的及需求程度，並交由核保人員進行相關核保程序.....
- 招攬人員已瞭解要保人及被保險人之行動電話號碼、電子郵件信箱或其他經主管機關認可足資傳遞電子文件之聯絡方式(保險契約係以電子保單形式出單者適用).....
- 招攬人員已使客戶瞭解所交保費係用以購買保險商品.....
- 招攬人員已使客戶瞭解其投保之險種、保額與保費支出與其實際需求是否相當.....

※經攬經過及投保目的

- 經攬時是否親晤要/被保險人：是 否
- 要保書上是否確係由要/被保險人及法定代理人親簽名或要保單位正式章確認：是 否
- 招攬時是否確認要保人/被保險人及法定代理人之身份，並核對要保書填載內容確實無誤：是 否

※業務報告(請逐一確認)

- 要保書之被保險人職業及告知事項，確實經招攬人員向要、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.....
- 招攬人員向要、被保人招攬時，已評估過去、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.....
- 招攬人員已向要保人說明對於本保險契約(含附加條款或附加保險)之權利行使、變更、解除及終止之方式及承保公司對於本保險契約之(含附加條款或附加保險)權利、義務及責任.....
- 招攬人員已向要保人說明本次購買保險商品之重要內容、保險費、繳費方式、相關費用、毋須負擔違約金、本保險依法受有保險安定基金之保障、本商品所生紛爭之處理及及申訴管道.....

招攬單位：\_\_\_\_\_ 業務員簽名：\_\_\_\_\_ 簽署人章：\_\_\_\_\_

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日