



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
年繳保費		226 元

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。

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. 本保險契約的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宜接種疫苗，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)公司台灣本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。



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@taione
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換 2 碼數字:A:01、B:02 ...



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

DM 編號:1100602

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

110.07.01 安達商字第 1100506 號函送保險商品資料庫

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 ☐ 男 ☐ 女	出生日期	民國 年 月 日	身分證字號													
E-MAIL																	
手機				連絡電話	日()	分機			夜()								

要保人及被保險人地址	☐ ☐ ☐ (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)																
------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*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。

編號	被保險人姓名	身分證字號	出生日期	與要保人關係	工作內容	手機	E-mail
1							
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							
2							
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							
3							
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							
4							
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。

保險期間	民國 年 月 日	翌日零時起，為期一年。
------	----------	-------------

商品名稱	保障內容	保險金額 (單位：新台幣元)	每人年繳保險費
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。

繳費方式： ☐ 信用卡 ☐ 匯款 繳納保險費	投保人數		年繳總保費	
--	------	--	-------	--

■ 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：(1)_____ (2)_____ (3)_____ (4)_____ 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：		
	員工編號：	手機：		受理編號：