

● 本公司資訊公開說明文件，請查閱本公司網址 www.chubb.com/tw 或洽免付費服務電話 0800-339-899 或至本公司(台北市信義路5段8號10樓)查詢

● 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。

105.07.06 安達商字第 1050311 號函送保險商品資料庫

保險單號碼			
要保人/被保險人		統一編號或身分證字號	
負責人		聯絡電話	
通訊地址		□□□	
經營業務處所地址		□□□	
經營業務種類		受僱人數	
被保險人經營要保書所載業務期間		年 於經營業務處所現址經營業務期間 年	
保險期間		自民國 年 月 日翌日零時起，為期一年。	
承保項目		保險金額	
每一個人體傷責任限額		自負額	
每一意外事故體傷責任限額		安達產物僱主補償契約責任保險	
保險期間內之最高賠償金額		保險費	
本保險契約適用附加條款		<input type="checkbox"/> 職業災害補償責任附加條款(請勾選) 上下班賠償責任附加條款/ 限定承保列名受僱人附加條款/超額給付附加條款/境外責任附加條款/ 罰金罰鍰違約金懲罰性賠償金除外不保附加條款/制裁限制除外不保附加條款/保險費延緩交付附加條款/恐怖主義除外附加條款/受僱身分異動通知附加條款(A)	
說明事項	※首年度投保： 1. 請詳述經營業務之範圍：_____。 2. 是否依照勞動基準法之規定，替受僱員工投保勞工保險： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 3. 是否有安全管理計劃、定期員工安全教育訓練或宣導： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 4. 被保險人是否已向其他保險公司投保僱主意外責任保險： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若是，請說明投保之每一個人體傷或死亡之保險金額：_____萬 5. 被保險人過去兩年是否有損失紀錄發生： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若是，請說明發生時間、原因及賠付金額：_____		
	※續年度投保： <input type="checkbox"/> 上開說明事項內容是否與前一年度相同？ <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否，請填寫上開說明事項。(如未勾選視為內容相同)		
注意及聲明事項	■ 注意事項 1. 保險內容如有變動，應通知本公司並辦理批改。 2. 遇有事故發生時應立即通知本公司並盡力避免損失之擴大。 3. 本公司保密措施：對於您的個人資料，我們有嚴格的保密措施，以維護您的隱私權，有關本公司保密措施詳細內容歡迎利用網際網路至本公司網站 www.chubb.com/tw 查詢。		
	■ 聲明事項 1. 本人(要保人)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(要保人)已瞭解 貴公司蒐集、處理及利用本人(要保人)個人資料之目的及用途。 2. 本人(要保人)知悉 貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定，於特定目的範圍內對要保人或被保險人之個人資料，有蒐集、處理及利用之權利。		
要保人/被保險人簽章_____		投保日期：民國_____年_____月_____日	

■ 以下由保險經紀人/代理人與保險公司填寫： 保險經紀人/代理人受理編號

單位名稱	單位代號	業務員			保險經紀人/代理人受理日期	保險經紀人/代理人簽署章	保險公司受理章	保險公司核保章
		簽名：	登錄證號：	手機：				

● 本公司資訊公開說明文件，請查閱本公司網址 www.chubb.com/tw 或洽免費服務電話 0800-339-899 或至本公司(台北市信義路5段8號10樓)查詢

● 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。

107.08.20 安達商字第 1070465 號函備查

保險單號碼							
要保人/被保險人						統一編號或身分證字號	
負責人				聯絡電話			
經營業務處所地址	□□□						
經營業務種類						受僱人數	
被保險人經營要保書所載業務期間	年		於經營業務處所現址經營業務期間			年	
保險期間	自民國 年 月 日翌日零時起，為期一年。						
承保項目	保險金額	費率			保險費		
每一個人體傷責任之保險金額	詳核定名冊						
每一意外事故體傷責任之保險金額							
本保險契約之最高補償金額							
本保險契約適用附加條款							

說明事項	※首年度投保：
	1. 請詳述經營業務之範圍：_____
	2. 最近五年來被保險人是否曾因受僱人體傷、失能或死亡而受賠償之請求？如有，請詳述其原因、經過情形與賠償金額。 _____
	※續年度投保：
	<input type="checkbox"/> 上開說明事項內容是否與前一年度相同？ <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否，請填寫上開說明事項。（如未勾選視為內容相同）

注意及聲明事項	<p>■ 注意事項</p> <p>1. 保險內容如有變動，應通知本公司並辦理批改。</p> <p>2. 請提供下列資料：1)被保險人之簡介。 2)以附表提供投保員工名冊(包括全職與兼職)、擔任之職務、工作內容與保險金額。</p> <p>3. 遇有事故發生時應立即通知本公司並盡力避免損失之擴大。</p> <p>4. 本公司保密措施：對於您的個人資料，我們有嚴格的保密措施，以維護您的隱私權，有關本公司保密措施詳細內容歡迎利用網際網路至本公司網站 www.chubb.com/tw 查詢。</p>
	<p>■ 聲明事項</p> <p>1. 本人(要保人)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(要保人)已瞭解 貴公司蒐集、處理及利用本人(要保人)個人資料之目的及用途。</p> <p>2. 本人(要保人)知悉 貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定，於特定目的範圍內對要保人或被保險人之個人資料，有蒐集、處理及利用之權利。</p>
	<p>要保人/被保險人簽章 _____ 投保日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>

■ 以下由保險經紀人/代理人與保險公司填寫： 保險經紀人/代理人受理編號

單位名稱	單位代號	業務員			保險經紀人/代理人受理日期	保險經紀人/代理人簽署章	保險公司受理章	保險公司核保章
		簽名：	登錄證號：	手機：				

1. 本公司資訊公開說明文件，請查閱本公司網址：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。
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	□□□□	<small>(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)</small>		連絡電話	
被保險人	詳核定名冊			與要保人之關係	
保險期間	自民國 年 月 日 起至 年 月 日 止(所載日時以中原標準時間為準)				

商品名稱	保險金額 (單位:新台幣元)	聲明事項
安達產物非執行職務期間團體傷害保險	詳	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。
安達產物非執行職務期間團體傷害醫療保險附加條款(甲型)		
安達產物受僱身分異動通知附加條款(A)	核	
安達產物國際制裁限制除外不保附加條款		
	定	
	名	
	冊	

總保險費： 元

受益人	1. 身故或喪葬費用保險金受益人：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. 本要保書僅為契約的構成部份，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。

■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(要保單位)簽章：

申請日期： 年 月 日

■以下由保險經紀人/代理人與保險公司填寫：

單位名稱	單位代號	業務員	簽名：	保險經紀人/代理人受理日期	保險經紀人/代理人簽署章	保險公司受理章	保險公司核保章
			登錄證號：				
			手機號碼：				
			EMAIL：				

-----以下非要保書一部分-----

V2S(ABP 專案適用)20200101



意外事故補償規則

保單號碼：

保險期間自民國 年 月 日翌日零時起，為期一年。

第一條 為保障員工權益，促進勞資關係和諧並健全公司發展，特制定本意外事故補償規則。

本辦法所稱「員工」係指「員工補償金核定標準」所載之人員明細。

第二條 本公司受僱之員工於執行職務期間，因遭遇意外事故致其身體遭受傷害而致成死亡、失能或發生費用時，本公司依照下列規定予以補償。

一、死亡補償金

員工因遭遇意外事故，自意外事故發生之日起一百八十日內死亡者，本公司按「員工補償金核定標準」給付「死亡補償金」。

二、失能補償金

員工因遭遇意外事故，自意外事故發生之日起一百八十日內致成附表所列失能程度之一者，本公司依據附表「失能程度給付標準」所列之給付比例，乘以該員工依前款應有之死亡補償金，計算「失能補償金」。

本公司員工因同一意外事故致成失能後死亡者，本公司合計死亡補償金與失能補償金之給付仍以前款之「死亡補償金」為限。已受領失能補償金者，本公司僅就死亡補償金額與已受領金額間之差額給付責任。

三、醫療費用補償金

員工因遭遇意外事故，自意外事故發生之日起一百八十日內，經登記合格的醫院或診所治療者，本公司就其實際醫療費用，超過全民健康保險給付部分，給付醫療費用補償金。但超過一百八十日繼續治療者，員工若能證明治療與該意外事故具有因果關係者，不在此限。

前項同一傷害的給付總額不得超過「員工補償金核定標準」所列「醫療費用補償金」。

前項之醫療費用如員工不以全民健康保險之保險對象身分診療；或前往不具有全民健康保險之醫院或診所接受診療者，致各項醫療費用未經全民健康保險給付，本公司按實際醫療費用金額的百分之七十核算醫療費用補償金，但仍以「員工補償金核定標準」所列「醫療費用補償金」為限。

四、特定燒燙傷補償金

員工因遭遇意外事故，自意外事故發生之日起一百八十日內，致成特定燒燙傷給付等級表所列十一項特定燒燙傷程度之一者，本公司依據「特定燒燙傷給付等級表」所列之給付比例，乘以該員工之死亡補償金，計算「特定燒燙傷補償金」。

員工因同一意外事故，致成同一部位符合「特定燒燙傷給付等級表」所列二項以上特定燒燙傷程度時，本公司按較嚴重項目給付「特定燒燙傷補償金」。

前項「特定燒燙傷」係指身體蒙受二度燒燙傷面積大於全身百分之二十，或三度燒燙傷面積大於全身百分之十，或顏面燒燙傷合併五官功能障礙者（詳「特定燒燙傷給付等級表」）。

「特定燒燙傷給付等級表」如下：

等級	項別	國際疾病分類碼 (註一)	燒燙傷程度	給付比例
第一級	一	949.2	體表面積80%以上之二度燒傷	100%
	二	948.7-948.9	體表面積70%以上之三度燒傷	
第二級	三	949.2	體表面積60%~79%以上之二度燒傷	75%
	四	948.5-948.6	體表面積50%~69%以上之三度燒傷	
第三級	五	949.2	體表面積40%~59%以上之二度燒傷	50%
	六	948.3-948.4	體表面積30%~49%以上之三度燒傷	
第四級	七	949.2	體表面積30%~39%以上之二度燒傷	35%
	八	948.1-948.2	體表面積10%~29%以上之三度燒傷	
	九	941.5	臉及頭之燒傷，深部組織壞死（深三度），伴有身體部份損害	
第五級	十	949.2	體表面積20%~29%以上之二度燒傷	15%
第六級	十一	940	眼及其附屬器官之燒傷	5%

註一：本表燒燙傷程度之定義係以世界衛生組織所公布之「國際疾病分類系統」（International Classification of Disease, ICD）之定義為標準。

五、住院費用補償金

員工因遭遇意外事故，自意外事故發生之日起一百八十日內，經登記合格的醫院或診所治療者，本公司就其實際住院日數（含入院及出院當日），按「員工補償金核定標準」所列「住院費用補償日額」計算給付「住院費用補償金」，但同一次意外事故的給付日數以九十日為限。

因前項意外事故蒙受骨折未住院治療者，或已住院但未達下列骨折別所定日數表，其未住院部分本公司按下列骨折別所定日數乘「員工補償金核定標準」所列「住院費用補償日額」的二分之一給付。合計給付日數以按骨折別所訂日數為上限。

前項所稱骨折是指骨骼完全折斷而言。如係不完全骨折，按完全骨折日數二分之一給付；如係骨路龜裂者按完全骨折日數四分之一給付。如同時蒙受下列二項以上骨折時，僅給付一項較高等級的住院費用補償金。

骨折部份	完全骨折日數	骨折部份	完全骨折日數
1.鼻骨、眶骨（含顴骨）	14 天	11.骨盤（包括腸骨、恥骨、坐骨、薦骨）	40 天
2.掌骨、指骨	14 天	12.頭蓋骨	50 天
3.蹠骨、趾骨	14 天	13.臂骨	40 天
4.下顎（齒槽醫療除外）	20 天	14.橈骨與尺骨	40 天
5.肋骨	20 天	15.腕骨（一手或雙手）	40 天
6.鎖骨	28 天	16.脛骨或腓骨	40 天
7.橈骨或尺骨	28 天	17.踝骨（一足或雙足）	40 天
8.膝蓋骨	28 天	18.股骨	50 天
9.肩胛骨	34 天	19.脛骨及腓骨	50 天
10.椎骨（包括胸椎、腰椎及尾骨）	40 天	20.大腿骨頭	60 天

六、加護病房住院費用補償金

員工因遭遇意外事故，自意外事故發生之日起一百八十日內，經登記合格的醫院或診所治療者，本公司除給付前款所約定「住院費用補償金」外，就其實際住進加護病房日數（含入、出加護病房當日）按「員工補償金核定標準」所列「加護病房住院費用補償日額」計算給付「加護病房住院費用補償金」，但同一次意外事故的給付日數以四十五日為限。

七、慰問補償金

員工因遭遇意外事故受有體傷或死亡，本公司依「員工補償金核定標準」給付下列補償金：

1. 身故慰問補償金：員工自意外事故發生之日起一百八十日內死亡者，按「員工補償金核定標準」給付「身故慰問補償金」。
2. 失能慰問補償金：員工自意外事故發生之日起一百八十日內，經登記合格的醫院或診所治療符合附表所列失能程度之一者，按「員工補償金核定標準」給付「失能慰問補償金」。對於同一人同一事故以給付一次為限。
3. 住院慰問補償金：員工自意外事故發生之日起一百八十日內，經登記合格的醫院或診所住院治療連續達三日以上（含三日）時，按「員工補償金核定標準」給付「住院慰問補償金」。因同一意外事故而多次住院者仍以一次為限。

本條所稱「意外事故」指非由疾病引起之外來突發事故。

本條所稱「執行職務期間」，其認定標準悉依行政院勞工委員會所頒布施行之「勞工保險被保險人因執行職務而致傷病審查準則」。

第三條 因下列事由所導致之死亡、失能或費用時，本公司不負給付補償金責任。

- 一、因戰爭、類似戰爭（不論宣戰與否）、外敵入侵、外敵行為、內戰、叛亂、革命、軍事反叛行為或恐怖主義行為所致者。所謂恐怖主義行為，係指任何個人或團體，不論單獨或與任何組織、團體或政府機構共謀，運用武力、暴力、恐嚇、威脅或破壞等行為，以遂其政治、宗教、信仰、意識型態或其他類似意圖之目的，包括企圖推翻、脅迫或影響任何政府，或致使民眾或特定群眾處於恐懼狀態。
- 二、因核子分裂或輻射作用所致者。
- 三、因罷工、暴動、民眾騷擾所致者。
- 四、因員工之故意行為所致者。
- 五、因員工之犯罪行為（包括被刑事執行）所致者。
- 六、因員工飲酒後駕（騎）車，其吐氣或血液所含酒精成分超過道路交通法令規定標準所致者。
- 七、各種形態之污染所致者。
- 八、任何直接或間接因下述原因，造成電腦系統設備無法正確處理、存取資料所致且無論該電腦系統設備是否為被保險人所有者，均同：

- （一）無法正確辨識日期。
- （二）無法處理確切日期、或與處理確切日期有關之數值及其他任何資料，而進行讀取、儲存、記憶、操作、解讀、傳送、傳回或處理任何資料、訊息、指令或指示等。
- （三）無法正確操作安裝於電腦系統中與年序轉換有關之任何指令或邏輯運算，包括讀取、儲存、記憶、運算及其他相關資料之處理。

第四條 補償金受領權人：

- 一、死亡補償金：依民法及勞基法之規定有權請求損害賠償及職災補償之權利人全體共同領取或由權利人全體出具委託書授權特定人代為受領補償金。
- 二、其他補償金：受傷害之員工本人領取。

第五條 本公司依本意外事故補償規則給付補償金時，就給付金額之限度得抵充本公司因該意外事故所應負擔之民事賠償責任。

第六條 本辦法第二條「員工補償金核定標準」及「失能程度給付標準」，規定如附表。

本辦法自發布日施行。

附註事項：

- 一、本公司已向美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司投保僱主補償契約責任保險，並將投保員工名冊(含姓名、身分證字號、出生年月日及勞保投保資料)提供予美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司作為投保目的之使用。
- 二、本公司依據個人資料保護法第八條之規定提供上述個人資料事項，已確實告知當事人，並依勞動基準法第七十條「受僱人數三十人以上之公司雇主應依其事業性質訂立工作規則併同意外事故補償規則報請主管機關核備後公開揭示之」之規定辦理，併同投保之意外事故補償規則依規定公告當事人知悉。

三、本公司所有人員的加退保作業請**擇一**選擇 1. 傳真加退保 2. 線上加退保 授權（無授權人員未異動，無須填寫）

使用者身份證字號	姓名	EMAIL(此欄不可空白)	手機	電話

四、本公司因辦理所屬人員加退保作業，於年度結算後有應退還本公司之保險費匯款帳號如下：

公司帳戶名稱	(需為要保人)			
金融機構(行庫)名稱	分行(庫)名稱	帳號		

要保人簽章：

大章

小章

保險需求及適合度評估暨業務員報告書(團體保險/僱補專案適用)

一、要保單位資料

1. 要保人:

行業： <input type="checkbox"/> 一般行業 <input type="checkbox"/> 註一所列行業	負責人：
註冊地： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國，國家：	客戶屬性： <input type="checkbox"/> 非專業客戶 <input type="checkbox"/> 專業客戶(詳註三)
法人是否得發行無記名股票？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <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	

2. 被保險人:

國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍，國籍：	職業： <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一所列職業
法人負責人：	法人註冊地： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國，國家：

3. 投保險種：

4. 要保單位/被保險人/身故受益人身分之確認：

要保單位與被保險人關係：本人 其他：_____ 身故受益人是否指定雇主或要保單位：是 否

5. 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)？否 是，請說明：_____

6. 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，抑或對於具有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？

否 是，請說明：_____

7. 要保單位財務狀況：資本額：_____萬 員工人數：_____人 過去三年該公司總營收：_____萬

8. 員工/成員之(平均)工作年收入(含其他收入)

50萬以下 51~100萬 101~150萬 151~200萬 201~250萬元 251~300萬元 300萬以上

二、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.....
- 招攬人員已瞭解客戶對於匯率風險之承受能力(購買以外幣收付之非投資型商品適用).....
- 招攬人員已充分瞭解客戶繳交保險費之資金來源為工作或營業收入/存款/其他

三、經攬經過及投保目的

- 經攬時是否親晤要/被保險人或要保單位：是 否
- 招攬經過：陌生拜訪 原已相識 朋友/保戶介紹 要/被保險人要求 其他_____
- 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
- 經攬時是否確認要保人(要保單位)/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
- 要保人之需求與投保目的 為法人之財產及利益作風險規劃 為法人依法應負之賠償責任作風險規劃 為法人或團體所屬員工可能承受之傷害作風險規劃 其他(請說明)_____

四、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，已評估過要、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.....

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。博奕產業/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：本報告書之部分問項係依洗錢防制法相關法令執行確認客戶身分措施，故請招攬人員於建立業務關係時向客戶妥為說明

註三：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。

保險經紀人/代理人簽署人章： _____

招攬人員親簽： _____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日