

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。

## APPLICATION FORM OF Chubb UMBRELLA LIABILITY INSURANCE

### 安達產物傘護式責任保險要保書

103.07.22 安達商字第 1030373 號函送保險商品資料庫

105.05.10 金管保產字第 10502048420 號函核准

#### 1. a) Full Name of the Applicant (Insured):

要保人(被保險人)全名

---

#### b) Mailing Address (incl. Postal Code) & Company Website:

郵遞地址(含郵遞區號) & 公司網址

---

#### c) Subsidiaries or Divisions if any:

分支機構 (如果有的話)

---

#### d) The Insured is 被保險人是

Individual 獨資  Partnership 合夥  Corporation 公司  Other 其他\_\_\_\_\_

#### e) The Insured is 被保險人是

Manufacturer 製造商  Wholesaler 批發商  Retailer 零售商  Importer 進口商  Exporter 出口商  Assembler 零件組合商  Other 其他\_\_\_\_\_

#### 2. Please provide the following key information of the Insured if available.

請提供被保險人之下述主要資訊

Business Operation 營業項目	Products Insured 被保險產品	Est. Yearly T/O (breakdown of USA / Canada and R. O. W.) 預估年營業額 (請區分美加地區和其他地區之比例)	Total Employee Number 總員工人數	Estimated Total Annual Payroll 預估總年薪支出	Total Vehicle Number by country (owned/non-owned/hired) 總車輛數 (請區分國家及自有車/非自有車/租賃車)

--	--	--	--	--	--

3. Please advise the effective key insurance terms of the underlying insurance or the key insurance terms the Insured intends to arrange for the underlying insurance.

請告知被保險人目前有效之基層保險之主要保險條件或被保險人擬安排投保之基層保險之主要保險條件

Insurance Type 保險種類	Insurance Company 保險公司	Insurance Period 保險期間	Limit of Liability 責任限額	Premium Rate and/or Premium 保險費率或保險費	Loss Record in the past 5 years 最近五年之損失紀錄

4. Please advise the limit of liability and policy territory the Insured intends to insure for this umbrella liability insurance in addition to the loss record in the past 5 years.

請告知被保險人擬投保此傘護式責任保險之責任限額、保單承保區域及最近五年之損失紀錄

5. Please provide the completed application form of the underlying insurance provided that the Insured is not available to complete this application form.

如果被保險人無暇填寫此要保書，請提供填寫基層保險之完整要保書。

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。

Signature of the representative completed this form: \_\_\_\_\_.

代表人簽署

Date: \_\_\_\_\_.

日期

■ 以下由保險經紀人/代理人與保險公司填寫

業務員		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：	簽名：			