

安達人壽 保費豁免優惠

「二重賞·共享一愛家人」客戶優惠
(高達3個月保費豁免！)

推廣期：2018年3月30日至2018年5月31日（包括首尾兩天）

CHUBB®



保護家人、為他們帶來幸福至為重要。因此，安達人壽將全力協助您實現夢想。我們現推出全新「二重賞·共享一愛家人」(「二重賞」) 限時客戶優惠，假如您與家人成功申請我們的獲獎危疾產品，將可享有高達3個月保費豁免優惠！

以下為「二重賞」詳情：

獎賞(1) — 愛自己：高達2個月保費豁免

凡於推廣期間投保我們的獲獎產品「星級『倍康健』危疾保障計劃」及/或「危疾370」(「合資格基本計劃」)，即可享有高達2個月保費豁免優惠！

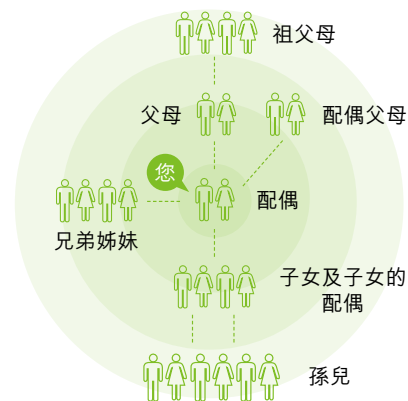
| 保費繳付期 | 合資格基本計劃及其附加保障計劃(如有)之首年保費 | 合資格基本計劃及其附加保障計劃(如有)之保費豁免 |
|-----------|---------------------------|--------------------------|
| 12年或少於12年 | 任何金額 | 0.5個月 |
| 12年以上 | 少於6,000美元 | 0.5個月 |
| | 6,000美元或以上 但少於10,000美元 | 1個月 |
| | 10,000美元或以上 | 2個月 |

獎賞(2) — 愛家人：家人投保，再享高達1個月保費豁免

假如您與1位或以上合資格家庭成員*在推廣期同時投保合資格基本計劃，所有合資格基本計劃及其附加保障計劃(如有)將可額外享有高達1個月保費豁免優惠！

| 合資格家庭成員人數 | 合資格基本計劃的額外保費豁免優惠 (每名合資格家庭成員) |
|-----------|---------------------------------|
| 1名 | 0.5個月 |
| 2名或以上 | 1個月 |

*合資格家庭成員指第一保單持有人及/或受保人的配偶、子女、父母、祖父母、孫兒、兄弟姊妹、配偶的父母及子女的配偶。



合併獎賞(1)及獎賞(2)：高達3個月保費豁免

例子(1)

| 保單 | 合資格基本計劃 | 保單持有人 | 保費繳付期 | 首年保費 | 獲享之保費豁免 | | |
|------|-------------------|-------|-------|----------|---------|-------|------|
| | | | | | 獎賞(1) | 獎賞(2) | 合共享有 |
| 第一保單 | 危疾370 | 王先生 | 8年 | 11,000美元 | 0.5個月 | 0.5個月 | 1個月 |
| 第二保單 | 星級「倍康健」 危疾保障計劃 | 王先生妻子 | 12年 | 12,000美元 | 0.5個月 | 0.5個月 | 1個月 |

例子(2)

| 保單 | 合資格基本計劃 | 保單持有人 | 保費繳付期 | 首年保費 | 獲享之保費豁免 | | |
|------|-------------------|-------|-------|----------|---------|-------|------|
| | | | | | 獎賞(1) | 獎賞(2) | 合共享有 |
| 第一保單 | 危疾370 | 陳小姐 | 22年 | 13,000美元 | 2個月 | 1個月 | 3個月 |
| 第二保單 | 危疾370 | 陳小姐丈夫 | 22年 | 11,000美元 | 2個月 | 1個月 | 3個月 |
| 第三保單 | 星級「倍康健」 危疾保障計劃 | 陳小姐弟弟 | 18年 | 10,000美元 | 2個月 | 1個月 | 3個月 |

請即行動！聯絡您的壽險顧問或致電我們的客戶服務熱線 2894 9833。

條款及細則：

1. 獎賞(1)及獎賞(2)均適用於「星級『倍康健』危疾保障計劃」及「危疾370」(「合資格基本計劃」)。為享有獎賞(1)及/或(2)：
 - a. 投保的合資格基本計劃的保單須以美元為保單貨幣；
 - b. 投保申請須於2018年3月30日至2018年5月31日(包括首尾兩天)(「推廣期」)期間簽署及遞交予安達人壽；及
 - c. 成功投保的保單須於2018年6月30日或之前繕發。
2. 每項合資格基本計劃及其附加保障計劃(如有)的首年保費，將以您最後遞交並獲安達人壽接納的投保建議書內所載合資格基本計劃及其附加保障計劃(如有)的投保時每年的標準保費為準；因核保而需附加之額外保費(如有)亦包括在首年保費的計算之內。任何預繳保費、保單繕發後的保障額增加及保單轉換均不會包括在首年保費的計算之內。
3. 假如合資格基本計劃或其附加保障計劃的保障額在保單繕發後增加而導致保費上調，保費豁免優惠將以合資格基本計劃保費或其附加保障計劃保費(視乎情況而定)在上調前的金額計算。假如合資格基本計劃或其附加保障計劃的保障額在保單繕發後減少而導致保費下調，保費豁免優惠將以合資格基本計劃保費或其附加保障計劃(視乎情況而定)下調後的金額計算。
4. 以獎賞(1)及獎賞(2)合計，每張保單(以合資格基本計劃及其附加保障計劃(如有)合併計算)的保費豁免金額上限為25,000美元。
5. 獲豁免之保費只可用作抵銷獲豁免保費保單的未來保費，不能轉移至其他保單、兌換為現金或提取。
6. 合資格基本計劃及其附加保障計劃(如有)須於保單繕發日至保費獲豁免時持續生效，保單方可享有保費豁免優惠。保費豁免優惠將於以下情況終止：
 - a. 假如相關保單有未清付之應繳保費；或
 - b. 在保單繕發後，合資格基本計劃或其附加保障計劃出現改動或在豁免保費時已經終止(上述條款及細則第3點所述情況除外)。
7. 獎賞(2)之安排
 - a. 無論合資格家庭成員以保單持有人及/或受保人的身份投保，均可享有獎賞(2)的保費豁免優惠。安達人壽的壽險顧問(無論作為保單持有人或受保人)之保單均不計算在內。
 - b. 所有合資格家庭成員保單之保單持有人須填寫及簽署是次推廣優惠之「二重賞·共享一愛家人」客戶優惠一家庭成員表格(「家庭成員表格」)，並連同有關保單投保申請，於推廣期內一併遞交予本公司，方可享有保費豁免優惠。
 - c. 於推廣期內，如在同一張家庭成員表格內同一受保人投保申請合資格基本計劃多於1次，用作計算保費豁免優惠的保單，將為該張家庭成員表格內所填寫保單(必須以該同一受保人作為受保人)之中首年保費金額最高者。
 - d. 參加保費豁免優惠的保單須於保單繕發日至豁免保費時持續生效，方可享有保費豁免優惠。如有家庭成員(無論作為保單持有人或受保人)的保單在保單繕發日至豁免保費期間因任何理由終止，將不包括於保費豁免計算內。
8. 保費豁免之安排
 - a. 合資格基本計劃及其附加保障計劃(如有)須於保單繕發日至保費獲豁免時持續生效，保單方可享有保費豁免優惠。
 - b. 計算方法



| 保費繳付模式 | 獲得0.5個月之保費豁免優惠 | 獲得1個月之保費豁免優惠 | 獲得1.5個月之保費豁免優惠 |
|--------|---|--------------------------------|---|
| 年繳 | $= (\text{第2個保單年度年繳保費} \div 12) \div 2$ | $= \text{第2個保單年度年繳保費} \div 12$ | $= (\text{第2個保單年度年繳保費} \div 12) \times 1.5$ |
| 半年繳 | $= (\text{第2個保單年度半年繳保費} \div 6) \div 2$ | $= \text{第2個保單年度半年繳保費} \div 6$ | $= (\text{第2個保單年度半年繳保費} \div 6) \times 1.5$ |
| 季繳 | $= (\text{第2個保單年度季繳保費} \div 3) \div 2$ | $= \text{第2個保單年度季繳保費} \div 3$ | $= (\text{第2個保單年度季繳保費} \div 3) \times 1.5$ |
| 月繳 | $= \text{第2個保單年度月繳保費} \div 2$ | $= \text{第2個保單年度月繳保費}$ | $= \text{第2個保單年度月繳保費} \times 1.5$ |
| 保費豁免時間 | 第14個保單月份 | 第14個保單月份 | 第14及15個保單月份 |

| 保費繳付模式 | 獲得2個月之保費豁免優惠 | 獲得2.5個月之保費豁免優惠 | 獲得3個月之保費豁免優惠 |
|--------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| 年繳 | = (第2個保單年度 年繳保費 ÷ 12) x 2 | = (第2個保單年度 年繳保費 ÷ 12) x 2.5 | = (第2個保單年度 年繳保費 ÷ 12) x 3 |
| 半年繳 | = (第2個保單年度 半年繳保費 ÷ 6) x 2 | = (第2個保單年度 半年繳保費 ÷ 6) x 2.5 | = (第2個保單年度 半年繳保費 ÷ 6) x 3 |
| 季繳 | = (第2個保單年度 季繳保費 ÷ 3) x 2 | = (第2個保單年度 季繳保費 ÷ 3) x 2.5 | = (第2個保單年度 季繳保費 ÷ 3) x 3 |
| 月繳 | = 第2個保單年度月繳保費 x 2 | = 第2個保單年度月繳保費 x 3 | = 第2個保單年度月繳保費 x 3 |
| 保費豁免時間 | 第14及15 個保單月份 | 第14、15及16 個保單月份 | 第14、15及16個保單月份 |

- 繳費方式指保費獲豁免時保單的保費繳付模式。
 - 以獎賞(1)及獎賞(2)合計，每張成功投保的保單(以合資格基本計劃及其附加保障計劃(如有)合併計算)的保費豁免金額上限為25,000 美元。若根據獎賞(1)可獲豁免的保費金額再加上根據獎賞(2)可獲豁免的保費金額合計超過25,000 美元，則在扣除第14個保單月份已獲豁免之月繳保費後，餘下可獲豁免的保費(即25,000 美元與第14 個保單月份之保費差額)將於下一個保單月份內豁免，如此類推，直至豁免總金額達25,000 美元。
- 若申請人於合資格基本計劃及其附加保障計劃(如有)的保單繕發日起計過去6 個月內，曾取消任何現有之合資格基本計劃，而在推廣期內就相同受保人再次申請相同合資格基本計劃，將不能獲享獎賞(1)及獎賞(2)，而此保單亦不能用作計算其他家庭成員保單的獎賞。
 - 有關合資格基本計劃及其附加保障計劃(如有)之詳細保單利益、條款及細則，請參閱相關產品介紹冊及保單文件。
 - 每張合資格之新保單只可享有獎賞(1)及獎賞(2)各1次。除獲安達人壽另行同意，獎賞(1)及獎賞(2)均不能與安達人壽其他優惠同時使用。
 - 安達人壽保留隨時更改、暫停或取消獎賞(1)及/或獎賞(2)及/或修訂此條款及細則之權利，而毋須事先通知。
 - 如有任何爭議，概以安達人壽的最終決定為準。

有關「星級『倍康健』危疾保障計劃」及「危疾370」的資料

兩項合資格基本計劃均為安達人壽的獲獎產品：

| 安達人壽獲獎產品 | 獎項：《指標》財富管理大獎 | 獲獎年份 |
|-------------------|---|------|
| 星級「倍康健」 危疾保障計劃 | 「危疾產品—同級最佳獎」  | 2016 |
| 危疾370 | 「危疾保險—傑出表現獎」  | 2017 |

聯絡我們

安達人壽保險有限公司(百慕達註冊)
香港
銅鑼灣
告士打道311號
皇室大廈
安達人壽大樓33樓
客戶服務熱線：
+852 2894 9833
life.chubb.com/hk

 Chubblifehk

 Chubblifehk

Chubb. Insured.SM

本單張僅供一般參考之用，不應視作專業意見、建議及並非保單的一部分。本單張提供對產品主要特點的概述，應與涵蓋更多產品資訊的其他資料一併閱讀。此類資料包括但不限於載有主要產品風險的產品介紹冊、載有詳細細則及條款的保單條款、利益說明(如有)、其他保單文件及其他相關推銷資料，這些資料可因應要求提供。如有需要，您亦可考慮尋求獨立專業意見。

本單張只可在香港分發，並不構成向香港境外地區出售保險產品的要約、游說購買或提供保險產品的邀請。

「安達人壽」為安達人壽保險有限公司(百慕達註冊)的簡稱。

© 2018 安達。保障由一間或多間附屬公司承保。並非所有保障可於所有司法管轄區提供。Chubb®及相關標誌，及Chubb. Insured.SM乃安達的受保護註冊商標。

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Family Member Declaration Form for “Double Offers • Love and Protect Your Family” Customer Promotion

「『二重賞 • 共享--愛家人』客戶優惠 -- 家庭成員表格

1. This enrollment form (this “Form”) is designed for the “Double Offers • Love and Protect Your Family” customer promotional offer (the “Offer”) of Chubb Life Insurance Company Ltd. (Incorporated in Bermuda with Limited Liability) (“Chubb Life”) only and should be read in conjunction with the campaign leaflet of the Offer.
2. This Form should be completed, signed and submitted together with the policy application to Chubb Life on or before 31 May, 2018.
3. Only 1 form is required for the declaration of the relationship between you and your family members.
4. The eligibility and entitlement to the Offer will be determined and calculated based on the information filled in this Form.
5. Family member(s) refer(s) to the spouse, children, parents, grandparents, grandchildren, siblings, parents-in-law and children-in-law of the owner and/or insured of the 1st policy.
6. Chubb Life reserves the right to validate the information provided by you and your family members in this Form. All information provided in this Form must be true, complete and correct. Chubb Life reserves the right to provide the Offer.

1. 此參加表格(「此表格」)只適用於參加安達人壽保險有限公司(「百慕達註冊」)(「安達人壽」)的「『二重賞 • 共享--愛家人』客戶優惠」(「此優惠」), 並須與此優惠的宣傳單張一併細閱。
2. 此表格必須於2018年5月31日或之前填妥、簽署及與投保申請書一併遞交予安達人壽。
3. 您及您的家庭成員只須遞交1份表格。
4. 享有此優惠的獎賞資格將根據此表格所填寫的資料而定。
5. 家庭成員指第一保單持有人及/或受保人的配偶、子女、父母、祖父母、孫兒、兄弟姊妹、配偶的父母及子女的配偶。
6. 安達人壽有權核實此表格上您及您的家庭成員所填寫的資料。此表格上所填寫的資料均必須為真實、完整及無誤。安達人壽有權保留提供此優惠之權利。

* Please delete as appropriate 請刪去不適用者

Please complete in BLOCK LETTERS 請以英文正楷填寫

1st Policy 第一保單

Policy / Application No. 保單編號 : _____ [To be completed by agent/intermediary 由保險代理/中介人填寫]

English Name of Owner / Proposed Insured *

保單持有人 / 準受保人 * 之英文全名 :

Date of Birth 出生日期 :

/dd 日

/mm 月

/yyyy 年

Plan Code 產品代號 :

2nd Policy 第二保單

Policy / Application No. 保單編號 : _____ [To be completed by agent/intermediary 由保險代理/中介人填寫]

English Name of Owner / Proposed Insured *

保單持有人 / 準受保人 * 之英文全名 :

Date of Birth 出生日期 :

/dd 日

/mm 月

/yyyy 年

Plan Code 產品代號 :

**Relationship with Owner / Proposed Insured *
of the 1st policy**

與第一保單持有人 / 準受保人 * 之關係

Spouse / children / parents / grandparents / grandchildren / siblings /
parents-in-law / children-in-law *

配偶 / 子女 / 父母 / 祖父母 / 孫兒 / 兄弟姊妹 / 配偶的父母 / 子女的配偶 *

3rd Policy 第三保單**Policy / Application No. 保單編號：** _____ [To be completed by agent/intermediary 由保險代理/中介人填寫]**English Name of Owner / Proposed Insured ***

保單持有人 / 準受保人 * 之英文全名： _____

Date of Birth 出生日期： _____

/dd 日

/mm 月

/yyyy 年

Plan Code 產品代號： _____**Relationship with Owner / Proposed Insured *
of the 1st policy**

與第一保單持有人 / 準受保人 * 之關係

Spouse / children / parents / grandparents / grandchildren / siblings /
parents-in-law / children-in-law *

配偶 / 子女 / 父母 / 祖父母 / 孫兒 / 兄弟姊妹 / 配偶的父母 / 子女的配偶 *

Personal Information Collection Statement And Consent 個人資料收集聲明及授權

I/WE UNDERSTAND AND CONSENT THAT, by signing this Form, any personal data collected or held by Chubb Life Insurance Company Ltd. (the "Company") is provided and may be used, processed, stored, disclosed, transferred by the Company to the companies within the group of which the Company is a subsidiary (the "Group Companies"), its authorized agents, reinsurers, claims investigators, loss adjudicators, medical advisors, recovery agents, insurance industry associations and federations, credit reference bureaus, government or judicial or regulatory bodies or any person to whom the Company is under legal and/or regulatory obligation to make disclosure, and the Company's appointed third party agents, contractors and advisors, in each case whether within or outside of Hong Kong to (i) process and evaluate this application and any future insurance application and claim I/we may make; (ii) provide all services related to this application, administer and process policy, medical and underwriting checks, payment instructions, premiums collection, data matching, and communicate with me/us for such purposes; (iii) enable the industry associations, the federations, the government or regulatory bodies to carry out the functions and requirements that may be assigned to them from time to time and are reasonably required in their interest and that of the insurance industry; and (iv) provide payment, data processing, administration, communications, computer, security and other services (including medical services, emergency assistance services, mailing and IT services) in connection with the operation of the Company and the provision of services to me/us. Moreover, the Company is hereby authorized to obtain access to and/or to verify any of my/our data with the information collected by the insurance industry associations, the federations, the government and regulatory bodies and medical personnel or organizations. I/We am/are obliged to supply the information required from me/us under this Form which is a condition precedent for me/us to be eligible for the Offer. Failure to supply the required information may result in the Company being unable to process the application. I/We understand that I/we have the right to obtain access to and to request correction of any personal data held by the Company or be given reasons for any refusal of access or correction. I/We also understand that a reasonable fee may be charged by the Company for processing of any access. Any questions regarding personal data, access to or correction of personal data should be made in writing and forwarded to The Data Protection Officer of Life Administration of Chubb Life Insurance Company Ltd. at 33/F, Chubb Tower, Windsor House, 311 Gloucester Road, Causeway Bay, Hong Kong.

就簽署此表格，本人/吾等明白及同意安達人壽保險有限公司（「貴公司」）可以使用、處理、儲存、披露、轉移任何貴公司所收集或持有任何本人/吾等的個人資料與貴公司隸屬同一集團附屬公司之其他公司（「集團公司」）、其獲授權的代理人、再保險公司、理賠調查員、處理索賠個案的理賠師、醫療顧問、索償代理、保險行業協會及聯會、信貸資料服務公司、政府或司法或監管機構或對貴公司具有法律及/或監管責任而須予以披露的任何人士，及貴公司指定的第三方代理、承包商及顧問，不論屬本地或海外，以(i) 處理及審批此申請及本人/吾等將來提交之保險申請及索償；(ii) 提供所有關於此申請之服務，管理及處理保單、醫療和核保檢查、付款指示、保費收取、資料核對，及因此等用途與本人/吾等聯絡；(iii) 令保險行業協會及聯會、政府或監管機構執行其經不時修定及為合理要求以維護其及保險行業利益的功能及規定；及(iv) 提供因貴公司營運及給予本人/吾等服務之相關付款、數據處理、行政、通訊、電腦、保安及其它服務（包括醫療服務、緊急救援服務、郵寄服務及資料科技服務）。此外，貴公司獲授權向保險行業協會及聯會、政府及監管機構、及醫務人員或機構取閱及/或核實任何該等機構向本人/吾等收集之資料。本人/吾等有責任提供此表格上之所需資料，以作為獲享本優惠之先決條件。如未能提供所需的資料，可能會導致貴公司無法處理本申請。本人/吾等明白本人/吾等有權取閱及要求更正任何貴公司持有之有關本人/吾等的任何個人資料，或被給予拒絕查閱或更正的理由。本人/吾等亦明白貴公司可能會收取任何查閱資料的要求之合理費用。如欲查詢有關個人資料事宜，查閱或更正個人資料必須以書面形式向貴公司壽險行政部的資料保護主任提出，並送交至香港銅鑼灣告士打道三一一號皇室大廈安達人壽大樓三十三樓。

Signature must be consistent with that in your policy application form.

閣下簽名模式應與保單申請書上之簽名相同，以作核對。

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| Signature of Owner of the 1 st policy 第一保單持有人簽署 | Signature of Owner of the 2 nd policy 第二保單持有人簽署 | Signature of Owner of the 3 rd policy 第三保單持有人簽署 |
| Date 日期 | Date 日期 | Date 日期 |