「消防安心保」個人意外及醫療保險計劃投保表格

查詢電話：(852) 2903 9374　傳真：(852) 2903 9340　請以英文正楷大寫填報此表格。請「✓」適用空格及於 * 號刪去不適用者。

I 投保人資料

英文姓名：_____ 中文姓名：_____ 性別：男 ○ 女 ○

出生日期：_____ 日 _____ 月 _____ 年 香港身份證號碼：_____ 慣用左手：○

通訊地址：室/單位 * _____ 樓 _____ 座 _____ 大廈 _____

屋苑名稱/街名及門牌/地段 * _____ 地區 _____ 香港/九龍/新界 *

住宅電話號碼：_____ 流動電話號碼：_____ 辦公室電話號碼：_____

員工編號：_____ 職位：_____ 電郵地址：_____

II 受保家庭成員資料

	受保人 1	受保人 2	受保人 3	受保人 4	受保人 5
姓名					
性別					
香港身份證號碼					
出生日期	日 月 年	日 月 年	日 月 年	日 月 年	日 月 年
與投保人關係	○ 配偶 ○ 子女 ○ 父母/配偶父母	○ 配偶 ○ 子女 ○ 父母/配偶父母	○ 配偶 ○ 子女 ○ 父母/配偶父母	○ 配偶 ○ 子女 ○ 父母/配偶父母	○ 配偶 ○ 子女 ○ 父母/配偶父母
職業及職位					
慣用左手	○ 是	○ 是	○ 是	○ 是	○ 是

註：1. 慣用左手者，請在適當空格加上✓號，則有關右手及左手傷疾賠償額將互相對調。
2. 父母/配偶父母保障需個別計算，不包括於僱員或家庭保障範圍內，父母所投保的保障單位不可超越僱員的保障單位。

III 健康狀況

閣下及投保之家庭成員均須詳細回答下列問題。若只選擇意外死亡及永久傷殘保障，則不必回答下列問題。	是	否
1. 閣下或任何投保之家庭成員是否或曾否有任何身體損傷或肢體殘缺、患有先天性缺陷及/或疾病、精神不健全、慢性疾病或遺傳病或身體功能失調？	○	○
2. 閣下或任何投保之家庭成員是否打算、或正於現在或於過去五年內，因任何疾病或意外而入住醫院或療養院接受手術、觀察及治療或需服用藥物？	○	○
3. 閣下或任何投保之家庭成員是否有另外投保蘇黎世保險有限公司或其他保險公司之意外、醫療或住院現金保險計劃？	○	○
4. 閣下或任何投保之家庭成員是否曾於投保或續保人壽、個人意外或醫療保險時被拒/暫緩申請、需附加特別條款/增收保費始被接納或上述任何保單曾被取消或被拒續保？	○	○
5. 閣下或任何投保之家庭成員是否曾在最近三年內向保險公司要求索償/損失記錄？	○	○

若以上任何問題之答案為「是」者，請連同姓名詳細說明如下：（若空位不足，請另備紙張詳述）

_____

IV 每月保費

	僱員	僱員及配偶	家庭	每名父母	每月保費（港幣/元）
基本保障					
單位 1	38	65	78	38 x (　　) 人	
單位 2	75	125	150	75 x (　　) 人	
單位 3	108	185	216	108 x (　　) 人	
單位 4	145	250	290	145 x (　　) 人	
額外住院保障					
單位 1	65	130	160	65 x (　　) 人	
單位 2	128	256	320	128 x (　　) 人	
				每月應付保費總額	
				每年應付保費總額（每月應付保費總額x12）	

註：1. 父母/配偶父母保障需個別計算，不包括於僱員或家庭保障範圍內，父母所投保的保障單位不可超越僱員的保障單位。
2. 如欲投保額外住院保障，必須先投保基本保障。
3. 若本公司收到投保表格之日期為該月份之1號至15號期內，則有關保險將於其後月份之1號起生效；若投保表格於16號至31號期內收到，則有關保險將於其後月份之15號生效。

V 繳付保費

○ **以支票繳付**（只適用於每年繳付方式）　支票抬頭人請寫「蘇黎世保險有限公司」

支票號碼：_____ 銀行名稱：_____

若支票發出人並非申請人，請填寫與申請人關係：_____

○ **以信用卡繳付**　○ 每年繳付　○ 每月繳付（首次過賬將扣除首兩個月之保費）

信用卡類別：　○ Visa 卡　○ 萬事達卡　○ 美國運通信用卡　○ 大來信用証

持卡人姓名：_____ 持卡人香港身份證號碼：_____

信用卡戶口號碼：_____ 信用卡有效日期至：_____ 月 _____ 年

○ **以銀行賬戶繳付**（需填寫直接付款授權書）　○ 每年繳付　○ 每月繳付（請以支票繳付首三個月保費）

銀行賬戶持有人姓名：_____ 銀行賬戶號碼：_____

若信用卡持有人/銀行賬戶持有人並非申請人，請填寫與申請人關係：_____

本人茲授權蘇黎世保險有限公司從本人上述之信用卡/銀行賬戶每月/每年直接轉賬支付「消防安心保」個人意外及醫療保險計劃之應繳保費金額，包括本人同意往後續保的各期保費，直至本人有進一步書面通知取消。本人同意因該等轉賬而令本人信用卡/銀行賬戶出現透支，本人願承擔全部責任；本人同意如本人信用卡/銀行賬戶沒有足夠款項支付該等轉賬，銀行有權不予轉賬，且可收取慣常之服務收費。

信用卡持卡人/銀行賬戶持有人簽署：_____ 日期：_____ 日 _____ 月 _____ 年

VI 聲明

1. 本人/吾等現投保蘇黎世「消防安心保」個人意外及醫療保險計劃（「此計劃」）。本人謹此聲明本投保表格所列全部資料乃根據本人/吾等所知及所信為確實及完全而填報，並經本人核實正確無誤。本人聲明本人已獲得受保人授予全權，簽署此投保申請，並提供本人/吾等的任何個人資料作評核此投保申請之用。本人明白本投保表格及聲明將構成本人/吾等與蘇黎世保險有限公司（「貴公司」）之間的合約依據。
2. 本人授權貴公司有權向本人/吾等之醫生索取有關病歷資料，本人亦同意提供任何進一步與此計劃有關之資料並自付所需費用。
3. 本人明白所有保障項目、不承保事項、條款及細則概以此計劃保單為準。
4. 本人明白本人/吾等如對此計劃保單條款未盡滿意，可於收到保單後14天內退回保單。如無任何索償，所繳之保費將獲原銀奉還。
5. 本人明白本人/吾等如已獲此計劃保單賠償或接受服務，本人/吾等必須繳交保單全年之保費。
6. 本人明白一切由貴公司所收集或持有的個人資料，不論以任何方式獲取，均可供貴公司使用或向在香港境內或境外之任何人或機構披露作以下用途：(i)評核此項申請，(ii)辦理直接付款授權書或信用卡付款，(iii)提供貴公司及關連機構的推廣資料，(iv)處理保險的索償或有關之分析。
7. 本人明白本人/吾等可向貴公司之個人資料私隱主任要求查閱及/或更改由貴公司持有有關本人/吾等的任何個人資料，地址為香港港島東華蘭路18號港島東中心24-27樓。

此保險申請須待貴公司覆核，接納投保書及繳訖保費後才能生效。

投保人簽署：_____ 日期：_____ 日 _____ 月 _____ 年

只供內部使用　特許保險代理/經紀：_____ 保險顧問姓名：_____ 保險顧問聯絡電話號碼：_____