

## 滙業個人全天候保障計劃

請於適當方格內加“✓”號

|                                                                                                                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 投保人姓名<br><br>通訊地址<br><br>聯絡電話<br><br>保險期限                      由                                              至                                              (首尾兩天包括在內) | 職業 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

| 受保人姓名 | 與投保人關係 | 身份證 / 護照號碼 | 年齡 | 投保計劃 | 職業 | 受益人 | 與受保人關係 | 保費(澳門元 / 港幣) |
|-------|--------|------------|----|------|----|-----|--------|--------------|
|       |        |            |    |      |    |     |        |              |

|                               |                                                       |  |         |  |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------|--|---------|--|
| 任何受保人中有否已投保個人意外保險？            | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 |  | 總保費     |  |
| 任何受保人中曾否在申請人壽或個人意外保險時遭到拒絕？    | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 |  | 另加政府稅5% |  |
| 任何受保人在所擬定之每星期賠款中有否超過其每星期平均收入？ | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 |  | 實收保費    |  |
| 任何受保人中之聽覺及視覺有否出現殘缺或身體不健全或傷殘？  | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 |  |         |  |
| 任何受保人中之職業或工作有否存在危險？           | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 |  |         |  |
| 任何受保人中有否因意外受傷向任何保險公司申請賠償？     | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 |  |         |  |

如您在上述任何一項回答「有」，請詳加說明： \_\_\_\_\_

### 聲明

本人(等)聲明在本投保書內填報的資料，根據本人(等)所知全部正確無訛，並確信已把所有足以影響風險評估的事實列出，本人(等)明白本投保書獲滙業保險股份有限公司接納後，保險始正式生效，並且同意本投保書作為本人(等)與 貴公司的合約基礎。

投保人代表所有受保人簽署： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

保費繳付方式：    ☐ 現金        ☐ 支票        ☐ 自動轉賬

**只限使用自動轉賬人士填寫**

本人(等)授權滙業保險股份有限公司從本人(等)於滙業銀行之賬戶支付有關保費

賬號： \_\_\_\_\_ 賬戶名稱： \_\_\_\_\_

簽署 (須與賬戶紀錄相同)： \_\_\_\_\_

## 保障項目及保費

根據不同的職業性質，「滙業個人全天候保障計劃」釐定不同保費及保額：

| 保障項目         | 最高賠償額     |           |         |           |           |         |           |           |         |       |           |         |
|--------------|-----------|-----------|---------|-----------|-----------|---------|-----------|-----------|---------|-------|-----------|---------|
|              | 計劃(A)     | 計劃(B)     | 計劃(C)   | 計劃(A)     | 計劃(B)     | 計劃(C)   | 計劃(A)     | 計劃(B)     | 計劃(C)   | 計劃(A) | 計劃(B)     | 計劃(C)   |
| 意外死亡保障       | 1,000,000 | 500,000   | 250,000 | 1,000,000 | 500,000   | 250,000 | 1,000,000 | 500,000   | 250,000 | 不適用   | 500,000   | 250,000 |
| 雙重賠償         | 2,000,000 | 1,000,000 | 500,000 | 2,000,000 | 1,000,000 | 500,000 | 2,000,000 | 1,000,000 | 500,000 | 不適用   | 1,000,000 | 500,000 |
| 舉殯及火化費用      | 20,000    | 20,000    | 20,000  | 20,000    | 20,000    | 20,000  | 20,000    | 20,000    | 20,000  | 不適用   | 20,000    | 20,000  |
| 永久傷殘保障       | 1,000,000 | 500,000   | 250,000 | 1,000,000 | 500,000   | 250,000 | 1,000,000 | 500,000   | 250,000 | 不適用   | 500,000   | 250,000 |
| 暫時傷殘保障 / 每星期 | 2,000     | 1,000     | 500     | 2,000     | 1,000     | 500     | 2,000     | 1,000     | 500     | 不適用   | 1,000     | 500     |
| 醫療費用保障       | 10,000    | 7,500     | 5,000   | 10,000    | 7,500     | 5,000   | 10,000    | 7,500     | 5,000   | 不適用   | 7,500     | 5,000   |
| 全年保費         | 1,600     | 850       | 450     | 2,100     | 1,125     | 600     | 3,150     | 1,688     | 900     | 不適用   | 2,813     | 1,500   |

- 計劃只接受 17 歲至 70 歲之人士投保。
- 如在受保期間，投保人轉而從事其他性質的行業，請盡早通知本公司。
- 保險賠款之幣值與所繳保費之幣值相同 (可投保澳門元或港幣)。
- 凡在投保期間進行專業體育活動、跳降傘或其他空中的體育活動，及非步行或游泳的競賽活動等，均列入「不受保範圍」，詳情請參閱保單。
- 本小冊子並非保險合約，所有內容，僅為摘要，有關詳盡條款及不保事項，請參閱正式保單。如有需要，可向本公司索取保單樣本作參考。

查詢熱線 (853) 337036