

## 海外客戶認證申請表

認證安排及所需服務		
準客戶預計到港日期：_____ 時間：_____		
所需服務： <input type="checkbox"/> 境外投保 <input type="checkbox"/> 移民諮詢 <input type="checkbox"/> 美兆體檢 <input type="checkbox"/> 專車接送 <input type="checkbox"/> 銀行開戶 <input type="checkbox"/> 私人銀行財務諮詢		
在港會面地點：_____		
來港介紹人姓名：_____ 來港介紹人 聯絡電話：_____		
保險公司名稱：_____		
準客戶個人資料	建議受保人	建議持有人
姓名(英文)：	_____	_____
(中文)：	_____	_____
性別：	_____	_____
婚姻狀況：	( ) 單身 ( ) 已婚 ( ) 離婚 ( ) 鰥寡	( ) 單身 ( ) 已婚 ( ) 離婚 ( ) 鰥寡
出生日期(日/月/年)：	_____	_____
國籍：	_____	_____
身份證/護照/出生證號碼：	_____	_____
與建議被保人之關係：	_____	_____
住宅地址 (若填寫非身分證地址： 請提供合適住址證明)		
通訊地址： (如與住宅地址相同 可不用填寫)		
聯絡號碼(住宅)：_____		
(辦公室)：_____		
(流動電話)：_____		
建議持有人電郵：_____		

	建議受保人	建議持有人	
僱主名稱	:		
僱主地址	:		
職位	:		
主要職務	:		
僱主業務性質	:		
受僱年期	:		
(如少於一年, 請說明先前的工作)			
現時每月收入(港幣)	:		
支付保費的資金來源: <input type="checkbox"/> 薪金 <input type="checkbox"/> 收入 <input type="checkbox"/> 儲蓄 <input type="checkbox"/> 投資的收入 <input type="checkbox"/> 累積儲蓄及投資    其他: _____			
繳費方式	:	<input type="checkbox"/> 月繳 <input type="checkbox"/> 年繳    金額: _____	
保單貨幣	:	美金    港元    其他 _____	
一併繳付之首期保費: _____			
首期保費付款方式: <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 銀聯卡 <input type="checkbox"/> 香港支票 <input type="checkbox"/> 海外匯票 <input type="checkbox"/> 電匯 <input type="checkbox"/> 限額現金			
基本計劃	:	保額: _____	
附加保障	:	保額: _____	
(請附上相關建議書)			
建議被保人現有保險	承保公司名稱	簽發日期	投保額(港幣)
人壽保險	:		
傷病入息保障	:		
嚴重疾病保險	:		
個人意外	:		
醫療/住院入息保障	:		

建議被保人/建議持有人在過去投購人壽、傷病、醫療或其他保險時，又或在要求恢復該類保單效力時，曾否遭拒絕、延期、加費或更改受保條件？如有，請列出有關之詳細資料。

---

建議被保人/建議持有人有否參與或打算參與任何危險運動或消閒運動？如有，請詳列其性質、次數及所需裝備等。

---

建議被保人/建議持有人曾否於過去十二個月內在香​​港以外居留超過六個月？如有，請註明國家及城市，停留時間及原因。

---

受益人

姓名	年齡	身份證/護照號碼	與被保人之關係	分配比率(%)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

附註或特別要求

---

## 健康資料問卷

Applicant's health information  
準客戶健康資料問卷

1) Build 體格	Height (M) 身高 (公尺)	Weight (kg) 體重 (公斤)	Any weight change in the past 12 months (If yes, please state reason.) 過去一年內曾否有體重之增減 (如有, 請列明原因。)
a) Proposed Insured 建議被保人			
b) Proposed Owner 建議持有人			

2 a) Have you EVER smoked tobacco 您曾否吸食煙草？

☐ Yes 有 ☐ No 否

If yes, please state: 若有, 請註明:

\_\_\_\_\_ pieces 支

i) Average daily consumption: 每天平均消耗量:

\_\_\_\_\_ years 年

ii) Duration of smoking habit: 吸煙年期:

b) If you previously smoked and have now stopped, please state the date and reason you stopped smoking:

若您過往吸煙及現在經已停止吸食, 請註明停止吸煙日期及原因:

(YYYY/MM/DD 年 / 月 / 日)

Reason 原因: \_\_\_\_\_

3) Have you or has any of your immediate family EVER had hepatitis, tuberculosis, diabetes, kidney disease, heart disease, stroke, high blood pressure, coronary artery disease, mental illness, cancer, hereditary disease, AIDS or AIDS-related conditions?

☐ Yes 有 ☐ No 否

您或您的直系親屬中, 曾否有人患過肝炎、結核病、糖尿病、腎病、心臟病、中風、高血壓、冠狀動脈病、精神病、癌病、遺傳病、後天免疫力缺乏症或其有關病況?

4) Have you EVER used drugs, narcotics or alcohol? If yes, please state type and quantity.

☐ Yes 有 ☐ No 否

您曾否吸食任何成癮藥物、吸毒或飲酒? 若有, 請列明類別和份量。

5) Have You EVER made a claim for accident, disability, health insurance and/or social welfare benefits?

☐ Yes 有 ☐ No 否

您曾否因意外、傷病或健康理由而申請社會福利和/或保險賠償?

6) Have you EVER had, or been told to have or been treated for any disease, disorder, physical impairment, slow mental development, deformity, congenital anomalies or disease, severe injury, severe nose bleeds, back / neck pain, sciatica, mental illness (eg. stress, anxiety, depression), epilepsy, hepatitis virus carrier, asthma, systemic lupus erythematosus, facial skin rash, rheumatoid disease, symptoms of severe acute respiratory syndrome (eg. high fever, cough, shortness of breath, difficulty in breathing), AIDS or AIDS-related conditions or do you intend to be treated or hospitalised in the near future?

☐ Yes 有 ☐ No 否

您曾否患有或獲告知患有任何疾病、身體機能失調、精神發育遲緩、身體上的缺陷、先天性異常或疾病、嚴重受傷、嚴重流血、背痛/頸部疼痛、坐骨神經痛、精神病 (例如: 抑壓、焦慮、抑鬱症)、癲癇症、肝炎帶菌、哮喘、系統性紅斑狼瘡、面部紅斑、類風濕性疾病、嚴重急性呼吸綜合症之病徵 (例如: 發高燒、咳嗽、喘氣、呼吸困難)、後天免疫能力缺乏症或其有關病況或打算在近期接受治療或留醫?

7) WITHIN THE LAST FIVE YEARS, have you 在過去五年內, 您曾否

a) had, or been advised to have or intended to have an X-ray, CT scan, MRI, ultrasonogram, ECG, blood test or any other investigatory or diagnostic test (eg. Cholesterol, AIDS, genetic test, Hepatitis including Hepatitis B, anaemia, severe acute respiratory syndrome, etc)?

☐ Yes 有 ☐ No 否

接受或被建議接受或打算接受X光檢查、電腦掃描、磁力共振、超聲波診斷、心电图、血液檢驗或任何診查或診斷檢驗? (例如: 膽固醇、後天免疫能力缺乏症、遺傳基因檢驗、肝炎包括乙型肝炎、貧血、嚴重急性呼吸綜合症等)?

b) had any illness, operation, medical advice, hospital treatment or been under any form of medication not mentioned above?

☐ Yes 有 ☐ No 否

患有或接受過上文並未提及的任何疾病、手術、診斷、藥物或留院治療?

8) If you are female 如您是女性:

a) are you now Pregnant 您現在是否懷孕?

☐ Yes 是 ☐ No 否

i) If yes, expected date of delivery 如是, 預產期為:

(YYYY/MM/DD 年 / 月 / 日)

ii) Has a test for Down's Syndrome been done or recommended 曾否或將會接受唐氏綜合症的測試?

☐ Yes 有 ☐ No 否

b) Have you EVER seen a doctor for any gynaecological problem such as intermenstrual bleeding or pelvic inflammatory disease, disease/disorder of the cervix or breast?

☐ Yes 有 ☐ No 否

您曾否因為婦科問題而看醫生, 例如: 於兩次經期間之出血、盆腔炎疾病、子宮頸部或乳房異常?

c) Have you EVER had complications of pregnancy during gestation in the past 10 years (eg. Ectopic pregnancy, disseminated intravascular coagulation, diabetes or hypertension etc)?

☐ Yes 有 ☐ No 否

在過去十年內, 您曾否在懷孕期間患有併發症 (例如: 宮外孕、瀰漫性血管內凝血、糖尿病或高血壓等)?

d) Have you had or been advised to have a mammogram, ultrasonogram of the breast or pelvis, pap smear, cone biopsy, colposcopy?

☐ Yes 有 ☐ No 否

您曾否接受或被建議接受或打算接受乳房X光像、乳房或盆腔超音波檢查、子宮頸細胞塗片檢查、錐形切片檢查或陰道鏡檢查?



選擇 • 完美人生  
LIFE • a matter of choice

- 9) Has the Proposed Insured ever been advised by a registered physician that he/she has any terminal illness?  
建議被保人曾否被註冊醫生通知患上任何末期疾病?

☐ Yes 有 ☐ No 否

- 10) If any of the answers to Question 2 to 9 above is/are "Yes", please indicate below the question number and specify the person affected, dates, diagnosis, duration, treatment, results, and names and addresses of all attending physicians and/or other details.  
若上述第二至八條問題之答案為「有」或「是」者，請列明題號及註明何人、日期、診斷結果、持續時期、治療、治療/檢驗結果、主診醫生姓名及地址及其他詳情。（如有請提供相關報告）

Proposed Insured  
建議被保人

Question No. 題號	Details 詳情

Proposed Owner  
建議持有人

Section & Question No. 部份 及 題號	Details 詳情