



中銀集團保險有限公司

BANK OF CHINA GROUP INSURANCE COMPANY LTD.

代理編號 _____
經辦編號 _____

轉介單位編號 _____
轉介人編號 _____

Cust Code (Bank) _____

家傭綜合險投保書

(為方便電腦處理，請以英文正楷填寫並在適當的空格內填上“✓”號)

投保人資料

姓名(僱主) _____ (中文) _____ (英文)

通訊地址 _____

僱用地址(如與通訊地址相同，則不需填寫)

住宅電話號碼 _____ 手提電話號碼 _____

受保家傭資料

姓名 _____

年齡(18-60歲) _____ 出生日期 _____ 日 / 月 / 年

身份證/護照號碼 _____ 性別：男/女 國籍 _____

受僱期 由 _____ 至 _____

一年期 HKD700

兩年期 HKD1,200

本保單由 _____ 日 / 月 / 年 起生效

受保家傭在接受僱用前已接受註冊醫生的體格檢查？ 是 否

檢查日期： _____ 檢查報告從何處發出： _____
(請列明醫生或診所名稱)

附檢查結果報告 : 是 否

投保人或受保家傭曾否被保險公司拒絕投保、取消保單、拒絕續保，或要求附加條件？

是，請列詳情

否

保費支付方法

以現金繳付保費，港幣為_____

以支票繳付保費，港幣為_____ (抬頭請寫「中銀集團保險有限公司」)

以信用卡繳付保費，請填妥下列直接付款授權書：

直接付款授權書

本人授權「中銀集團保險有限公司」自本人下列信用卡賬戶扣取「家傭綜合險」保費港幣_____包括本人同意續保後的保費事除非本人有進一步的書面通知。

Master Card

Visa

信用卡號碼

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

 有效期至: _____月 _____年

持卡人姓名_____ 持卡人簽署_____

簽署須與信用卡簽署式樣相同

日期: _____

聲明

本人謹此聲明，於本投保書內之陳述乃真確無訛，可作為簽發保單之根據。

本人明白如資料錯誤或不詳盡，本人或受保家傭之保障有失效之虞。

本人明白如根據保單保障項目第五項如受保家傭意外身故賠償款項可交受保家傭之合法繼承人或代表接收。

本人明白 本人提供的資料為 貴公司提供保險業務所需，並可能使用於下列目的：

任何與提供保險或財務有關的產品或服務，或該等產品或服務的任何更改、變更、取消或續期；

任何索償，或該等索償調查或分析；

行使任何代位權； 及

可能移轉予：

任何有關的公司，或任何其他從事與保險或再保險業務有關的公司，或與保險業務有關的中介人或索償或調查或其他服務提供者，以達到任何上述或有關目的；

現存或不時成立的任何保險公司協會或聯會或同類組織(「聯會」)，以達到任何上述或有關目的，或以便「聯會」執行其監管職能，或其他基於保險業或任何「聯會」會員的利益而不時在合理要求下賦予「聯會」的職能；及

或透過「聯會」移轉予任何「聯會」的會員，以達到任何上述或有關目的。

此外，本人授權 貴公司可向「聯會」從保險業收集的資料中查閱及/或核對 本人任何資料。

本人明白本人有權查閱及要求更正由 貴公司持有有關 本人的個人資料。 如有需要，本人將向貴公司辦公室提出(電話：2867 0888，傳真：2522 1705)。

日期：..... 投保人(僱主)簽署：.....

本投保書在未被同意接受前，本公司不負任何責任。

本公司專用

覆核人	經辦人
No.	No.