

新增附加保障 (只限保險代理)

請於適當之空格內加上☑號

新申請

回覆

保單編號:	受保人姓名:	保單持有人姓名:
-------	--------	----------

此表格只適用於為受保人新增附加保障。如閣下欲為其他受保人申請新增附加保障 (例如申請兒童保障利益), 請填寫更改保單事項通知書及投保資料申報書。核保 (如有需要) 會依據公司最近期的紀錄。如有任何關於個人 / 財務資料的改變, 請遞交更改保單事項通知書。

如為中國客戶申請「安康健」危疾附加保障系列/星級「倍康健」早期危疾保障/「倍康泰」癌症保障/住院及手術保障/住院現金保障/「安心之選」升級醫療保障, 請填寫危疾/癌症/醫療/意外計劃附加申請書 (NB350)。

根據相關法律及監管機構就防止洗錢及恐怖分子資金籌集活動的規定, 本公司必須收集您的身份資料。如保單持有人之身份證明文件之前未曾提供或已更新, 請向我們遞交最新及有效之身份證明文件副本以作紀錄。

1. 新保障額必須為保單貨幣。

生效日期 _____ / _____ (月 / 年)

危疾保障	「安康健」危疾保障		星級「倍康健」早期危疾保障 (基本選擇)	
	<input type="checkbox"/> CIBL-BASIC <input type="checkbox"/> CIBR-BASIC	新保障額 _____	<input type="checkbox"/> ECPR <input type="checkbox"/> ESCR	新保障額 _____
	<input type="checkbox"/> CIBL-BASIC-PRC <input type="checkbox"/> CIBR-BASIC-PRC		<input type="checkbox"/> ESPL <input type="checkbox"/> ECPL	
	<input type="checkbox"/> CIBL-TERM <input type="checkbox"/> CIBR-TERM			
	「安康健」危疾全保障		星級「倍康健」早期危疾保障 (升級選擇)	
<input type="checkbox"/> CIBPL <input type="checkbox"/> CIBPR	新保障額 _____	<input type="checkbox"/> ECSR <input type="checkbox"/> ESSR	新保障額 _____	
<input type="checkbox"/> CIBPL-PRC <input type="checkbox"/> CIBPR-PRC		<input type="checkbox"/> ESSL <input type="checkbox"/> ECSL		
「安康健」危疾智全保障		星級「倍康健」多重危疾保障		
<input type="checkbox"/> CIBSL <input type="checkbox"/> CIBSR	新保障額 _____	<input type="checkbox"/> MCI <input type="checkbox"/> MCC	新保障額 _____	
<input type="checkbox"/> CIBSL-PRC <input type="checkbox"/> CIBSR-PRC				
「倍康泰」癌症保障計劃				
<input type="checkbox"/> RCBR <input type="checkbox"/> RCBRC	<input type="checkbox"/> 計劃1 <input type="checkbox"/> 計劃2			
醫療保障	住院現金保障 (HC)		住院及手術保障	
	新每日住院現金 _____		<input type="checkbox"/> HS09 <input type="checkbox"/> 保障一 (私家房) <input type="checkbox"/> 特級保障一 (私家房)	
	「安心之選」升級醫療保障計劃 (TUR)		<input type="checkbox"/> HSC9 <input type="checkbox"/> 保障二 (半私家房) <input type="checkbox"/> 特級保障二 (半私家房)	
<input type="checkbox"/> 保障一 (私家房) <input type="checkbox"/> 保障二 (半私家房) <input type="checkbox"/> 保障三-1 (普通病房)		<input type="checkbox"/> 保障三 (普通病房) <input type="checkbox"/> 特級保障三 (普通病房)		
<input type="checkbox"/> 保障三-2 (普通病房)				
個人保障 / 意外	兒安保「意外保障計劃		個人意外保障 - 意外死亡及傷殘保障	
	<input type="checkbox"/> JAP	新保障額 _____	<input type="checkbox"/> PAADD	新保障額 _____
	自選保障		自選保障	
	<input type="checkbox"/> JAPMB*	新保障額 _____	<input type="checkbox"/> PAMB*	新保障額 _____
* JAP 為必要附加保障, JAPMB 不能單獨選擇。		<input type="checkbox"/> PAWAI*	新保障額 _____	
「智全為您」意外保障計劃 (需填寫財務需要分析 (NB205))		* PAADD 為必要附加保障, PAMB 及 PAWAI 不能單獨選擇。		
<input type="checkbox"/> PAR10 <input type="checkbox"/> PAR20	新保障額 _____			
其他	豁免繳付保費附加保障 <input type="checkbox"/> WPB		「全僱保」女性保障計劃	
	「智易選」定期保障計劃		<input type="checkbox"/> LDFML	新保障額 _____
	<input type="checkbox"/> MS1R <input type="checkbox"/> MS15R	新保障額 _____	自選保障	
	<input type="checkbox"/> MS5R <input type="checkbox"/> MS20R		<input type="checkbox"/> LDPGY*	新保障額 _____
<input type="checkbox"/> MS10R <input type="checkbox"/> MS25R		<input type="checkbox"/> LDFCP*	新保障額 _____	
		* LDFML 為必要附加保障, LDPGY 及 LDFCP 不能單獨選擇。		

2. 更改保障額/名義金額/附加保障 生效月份 _____ / _____ 月 年	基本計劃/附加保障	新加 [^]	刪除 [#]	增加 [^]	減少 [#]	新保障額/名義金額/類別
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
[^] 新加或增加保障額/名義金額或提升保障，需遞交“投保資料申報書”如申請自願醫保產品，請遞交NB428“安達自願醫保產品的標準核保問卷”。 [^] 新加或增加保障額的產品如有現金價值需提交建議書。 [#] 刪除附加保障或減少保障額/名義金額均 不接受 追溯日期。如沒有註明生效月份，有關之申請將安排在下一個保費到期日生效或根據個別產品條款內之指定日期生效。						
目標醫療保健需要 (只適用於申請危疾及/或醫療保險產品。如非上述保險產品，請遞交財務分析表格。)	如閣下有意考慮以危疾及/或醫療保險產品以應付醫療保健需要，閣下會考慮投保以下哪種類型的危疾及/或醫療保險產品？(可選多於一項) <input type="checkbox"/> 當本人被診斷患有危疾或指定疾病時，提供一筆過保障賠償的產品。 <input type="checkbox"/> 當本人需要住院或進行手術時，實報實銷相關醫療費用的產品。 <input type="checkbox"/> 於本人住院期間，提供小額定期賠償，以補償相關損失或支付其他費用的產品。 本人確認就本人所選購的保險產品，本人已經進行了評估以確保本人有能力支付所需保費。					

問題三至二十 只適用於受保人

3. 僱主名稱: _____ 4. 現任職業 (包括任何兼職): _____

5. 職務: _____

6. 您過去十二個月每月平均的勞動收入?(不計算投資收入並扣除營業支出的稅前總收入)

受保人的每月薪金(港元): _____

7. 您是否在其他保險公司持有任何現已生效或審核中之保險(新申請或續保)?如「是」,請詳述金額/保障額及幣值。

	承保公司	人壽	危疾保障	傷殘入息	住院入息	每週意外定額賠償	意外保障	保單簽發日期 (月/年)
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否								
8. 您的保單有否曾被告無效或遭拒絕續保/您有否在投保或要求恢復保單效力時遭拒絕,或獲保險公司提供異於閣下申請之計劃、條件、金額/保障額或保費?如「是」,請詳述保險公司名稱、申請日期、金額/保障額及原因。 詳情: _____								是 否 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. 您有否參加或打算參加與工作或嗜好有關的危險運動?如「是」,請填寫有關問卷。								<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. 除假期外,您有否打算到香港以外的其他地方(包括公幹或讀書)?如「是」,請填寫原因、每年平均公幹次數、逗留時間及地點。 詳情: _____								<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

11. 請提供受保人最後一次與醫生求診資料。

- a. 醫生姓名: _____
- b. 地址: _____
- c. 電話: _____ d. 最後求診日期(日/月/年): _____/_____/_____
- e. 求診原因、診斷結果及康復日期: _____

<p>12. a. 高度 _____ 米 _____ 厘米 / _____ 呎 _____ 吋</p> <p>b. 體重: _____ 公斤 / _____ 磅</p> <p>c. 過去十二個月內，您的體重有否減少5公斤(11磅)以上? 如「是」，請詳述減少的重量及原因。</p>	<p>是 否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>13. 此問題只適用於女性受保人。(只適用於年齡為十二歲或以上之女性)</p> <p>a. 在過去十年內，妳曾否患有或獲告知患有或因此曾經接受或將會接受盤腔器官、乳房、經期或妊娠疾病的治療? 妳現在是否懷孕? 如「是」，請註明預產日期。</p> <p>b. 妳曾否接受或被建議接受或打算接受乳房X光像、乳房或盤腔超聲波檢查、子宮頸細胞塗片檢驗、錐形切片檢查或陰道鏡檢查?</p> <p>c. 在過去十年內，妳曾否在妊娠期間患有併發病(例如: 宮外孕、流產、瀰漫性血管內凝血、糖尿病或血壓高等)?</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>14. 此問題只適用兒童受保人。(只適用於年齡為十五歲或以下之兒童)</p> <p>a. 受保人是否早產或過期出生?</p> <p>b. 出生後曾否接受特別護理?</p> <p>c. 受保人有否身體缺陷或生理上或心智發育緩慢的跡象?</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>15. 您的父母、兄弟姊妹是否患有血液疾病、肝病(例如: 乙型肝炎帶菌者)、心臟病或多囊性腎病、中風、糖尿病、高血壓、癌症、後天免疫能力缺乏症或遺傳性疾病; 或因上述疾病死亡? 如「是」請提供與受保人所屬關係、疾病名稱及發病年齡。</p> <p>(i) 關係: _____ (ii) 疾病: _____ (iii) 病發年齡: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>16. a. 您是否有飲酒習慣? 如「是」，請提供種類及每週飲用量。</p> <p>種類: _____ 每週飲用量: _____</p> <p>b. 您有否或曾否服用任何麻醉劑或成癮性藥物; 或接受戒酒治療或輔導? 如「是」，請提供詳情。</p> <p>c. 您是否有或曾否在過去十二個月內有吸食任何煙草產品? 如「有」，請註明: (1)每日平均消耗量; 及(2)吸煙年期。如已停止吸食任何煙草產品，請另行提供停止吸食之原因及日期。</p> <p>每日平均消耗量: _____ 吸煙年期: _____</p> <p>停止原因及日期: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>17. 您曾否患有或獲告知患有或因此曾經接受或將會接受以下疾病或機能失調的治療:</p> <p>a. 循環系統，包括心血管系統及淋巴系統之疾病或功能異常，例如: 胸部不適、心悸、高血壓、風濕性熱、心臟病發作、呼吸困難或血脂問題?</p> <p>b. 呼吸系統或內分泌系統之疾病或功能異常，例如: 哮喘、持久沙啞或咳嗽、糖尿病、甲狀腺疾病或功能異常?</p> <p>c. 消化系統之疾病或功能異常，如黃膽病、潰瘍、結腸炎、胃功能異常、肝疾病或功能異常(包括肝炎: 請註明為何種肝炎)、腸、膽之疾病或功能異常?</p> <p>d. 泌尿系統或生殖器官疾病或功能異常，例如: 尿液異常或膀胱、前列腺、乳房、子宮、子宮頸或腎臟之疾病或功能異常?</p> <p>e. 眼或其他感官器官疾病或功能異常、暈眩、痙攣、癲癇、神經炎、癱瘓、中風、精神或其他神經系統疾病或功能異常?</p> <p>f. 畸形、跛或斷肢、關節炎、痛風或脊髓、紅斑性狼瘡、其他肌肉骨骼或自體免疫性疾病或功能異常?</p> <p>g. 癌症、腫瘤、囊腫、皮膚、淋巴結或其他血液疾病或功能異常?</p> <p>h. 經性接觸傳染之疾病或愛滋病毒病感染?</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>18. 過去五年內，您是否打算或現正、或曾被建議，或曾於任何醫院、診所或警務所接受任何檢查(例行體檢除外)或診斷檢驗(例如: 膽固醇、後天免疫能力缺乏症、肝炎包括乙型肝炎或貧血等)?</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>19. 您曾否、或會否打算、或曾被建議就以上未提及的身體不適、疾病、病徵、機能失調、而接受輔導、檢驗、診斷、治療或藥物治療超過七天; 或因此而接受外科手術、診症或住院留醫多於三天?</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

20. 補充

如第十二至十九問題的答案為「是」，請在問題二十填寫詳情。

問題號碼	原因—性質及情況之嚴重性 (包括發病次數、斷症、治療、食用藥物、 手術及結果)	發生時間 (月/年)	已康復 (月/年)	醫生、醫院或醫療機構之名稱及地址
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

第一部份: 聲明及授權

本人/吾等謹此聲明及同意 (1) 就此份申報書及任何有關問卷上的一切陳述及所有資料及對可投保性作出的聲明，包括但不限於在驗身時作出的聲明或填報的資料，不論是否本人/吾等親手所寫，就本人/吾等所知所信，均為事實之全部並確實無訛；(2) 上述問題的所有資料及此申報書，將成為保單發出的根據，並在安達人壽保險香港有限公司（「貴公司」）核準發出保單後成為保單的一部份；(3) 本人/吾等對任何人，包括但不限於此保單的壽險顧問所作出的任何聲明，如沒有在此申報書上填寫或印出，貴公司不須受其約束；(4) 由簽署此申報書當日起至批註書/確認信發出期間，本人/吾等必須及有責任向貴公司申報有關受保人的健康狀況或可投保性的轉變。如本人/吾等隱瞞以上所提及者，貴公司有權取消與本人/吾等間的保單合約；(5) 與本申報書有關的任何付款(如適用)，並不保證此申請可即時獲得接納。而所申請的保障將會在受保人在生時繳清保費後並在受保人身體健康的情況下，方為有效。**本人/吾等並授權** (i) 任何僱主、醫生、醫院、診所、保險公司、政府部門或其他機構及人士，如具有本人/吾等的任何紀錄、知識或資料，可將該等資料向貴公司或貴公司代表透露、發放或移交，用以作為該份投保書、保單復效或任何由此而提出索償申請的參考；(ii) 貴公司或貴公司委任的醫療/輔助醫療檢查員或檢驗所，就有關該份投保書、保單復效或由此而提出索償的申請，進行醫療評估或測驗，以檢定本人/吾等的健康狀況。該授權書對本人/吾等的繼承人及承讓人均有約束力，即使在本人/吾等死亡或喪失行為能力後仍然有效。該授權書的影印本具有與正本同等的效力。

第二部份: 保險業監管局收取的保費徵費

按照《保險業(徵費)規例》，由2018年1月1日起，獲授權保險公司發出的保險合約下的保單持有人，須在每次繳付保費時，亦就該筆保費向該保險公司繳付訂明徵費。否則，保險業監管局可向沒有按規定繳付訂明徵費的保單持有人施加罰款。

第三部份: 使用個人資料收集聲明

就簽署此申請書，本人/吾等明白及同意安達人壽保險香港有限公司（「貴公司」）可以使用、處理、儲存、透露、轉移任何貴公司所收集或持有任何本人/吾等的個人資料到 (a) 貴公司的任何分行、附屬公司、控股公司、聯營公司或聯繫公司（「集團公司」）；(b) 就貴公司的產品和服務分銷、安排或處理本人/吾的保單及任何相關索償及/或服務有關的任何代理、保險中介人、第三方供應商或管理人員，例如醫療及保健供應商和醫院；(c) 任何代理、承包商、顧問或第三方服務供應商，以提供會計、財務、法務、付款、資料處理及儲存、行政、電訊、郵寄、印刷、電腦、資訊科技、安全、分析、研究、基金管理、法規審查、客戶服務、電話中心服務及/或與貴公司的營運相關的其他服務；(d) 再保險公司、理賠調查公司、理賠調查員、醫療顧問、索償代理、信貸資料機構、債務追收公司、執法團體及警方、保險行業協會及聯會、為保險業整合承保及索償資料的機構、防止/偵測欺詐機構，以及保險業用作分析和基於現有資料核對所提供資料的數據庫或登記處（及其運營人）；及 (e) 貴公司有法律及/或監管義務向其作出披露的政府或司法或主管監管機構或任何人士，不論在香港境內或境外，以 (i) 評估或處理此申請及本人/吾等將來提交之保險申請及索償；(ii) 管理和處理本人/吾的保單、付款指示及保費收取；(iii) 進行任何醫療、保安及核保檢查；(iv) 評估保險索償及處理付款事宜；(v) 提供保險產品及有關服務；(vi) 在本人/吾的同意下，向本人/吾推廣及直接促銷 (a) 貴公司的保險產品/服務；(b) 與貴公司有關聯之第三者供應商所提供的強制性公積金相關產品/服務；(c) 由貴公司、貴公司的聯繫公司、貴公司的聯合品牌夥伴或貴公司的商業合作夥伴提供的保險、金融或投資相關產品/服務、獎賞、年資獎勵、聯合品牌及/或其他優惠計劃；(vii) 進行資料核對，及因此用途與本人/吾及/或與本人/吾的申請或保單有關的其他人士，這可能包括但不限於本人/吾的受養人、受保人、受益人、本人/吾的獲授權代表以及本人/吾為其提供個人資料的任何其他人士聯絡；(viii) 協助執法團體執法，以防止任何嚴重威脅公眾安全的事宜；作警察進行調查用途；或遵守政府或監管機構施加或協議的法律、規則、規例、實務守則、指引或規定；或訴訟；(ix) 申請登記參加貴公司舉辦及/或贊助的活動；(x) 讓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；(xi) 進行與貴公司作為人壽保險公司的日常運營有關的研究、調查、數據分析和統計、行政、通訊、電腦、安全和其他服務（包括醫療服務、郵寄和資訊科技服務）；及 (xii) 用於與上述任何一項直接相關的任何其他目的。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/吾等有責任提供此申請書上之所需資料，以作為此申請之先決條件。如未能提供所需的資料，可能會導致貴公司無法處理此申請。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三十五樓。

我們可能與誰共享閣下的個人資料

我們可能會就本個人資料收集聲明中所述的目的，在香港境內或境外披露或轉移閣下或有關人士的個人資料至：

- (i) 就閣下的保單及任何相關索償及/或服務的安排或處理，獲我們授權的代理人、保險中介人、第三方供應商或管理人員，包括醫療保健供應商；
- (ii) 再保險公司；理賠調查公司；理賠調查員；欺詐調查員、醫療顧問、債務追收公司、信貸資料機構、執法機構、防止欺詐機構；
- (iii) 安達人壽香港（「集團公司」）的任何分行、附屬公司、控股公司、聯營公司或聯繫公司；
- (iv) 我們指定的第三方供應商、代理人、承包商、顧問；及
- (v) 我們有法律或監管義務向其作出披露的保險行業協會和聯會，政府或司法或監管機構，或任何人士。

閣下查閱資料的權利

閣下有權查閱和要求更正安達人壽香港持有閣下的任何個人資料，或獲得拒絕查閱或更正的理由。我們可能會向閣下收取合理的費用，以處理閣下的資料查閱要求。

有關本公司個人資料及私隱保障政策的詳情，請參閱安達人壽香港的私隱政策，網址為<https://www.chubb.com/hk-en/footer/chubb-life-privacy-policy.html>。有關個人資料、查閱或更正個人資料的任何問題，請以書面形式向安達人壽保險香港有限公司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三十五樓。

如中英文本有任何歧義之處，概以英文本為準。

使用個人資料於直接營銷用途之聲明

安達人壽香港擬使用或轉移閣下及有關人士的姓名、聯絡資料及保單詳情（「有關資料」），以直接促銷我們及我們集團公司的保險相關產品及服務、強制性公積金相關產品 / 由我們相關的第三方計劃提供者贊助的服務，及/或保險、金融或投資相關產品/服務、獎勵、忠誠度、聯合品牌及/或其他由我們指定的第三方合作夥伴提供與健康、醫療、娛樂、媒體相關的優惠計劃。就此，我們可能會將閣下的有關資料轉移給我們的集團公司及/或我們指定的合作夥伴，以便他們向閣下提供與其產品及/或服務相關的推廣資料及刊物。但是，未經閣下的同意，我們不能使用閣下的有關資料。請在本聲明末尾簽名，表示閣下同意該使用。如果閣下不接受對閣下的有關資料的該使用，請別選以下退出空格。

- 我不希望安達人壽香港或集團公司將我的有關資料用於直接營銷目的。
- 我不希望安達人壽香港與第三方計劃提供者分享我的有關資料以用於他們的營銷目的。
- 我不希望安達人壽香港與第三方產品/服務提供者分享我的有關資料以用於直接營銷目的。

如果閣下已同意直接營銷，但其後決定不再希望接受直接營銷，閣下可以隨時行使選擇退出的權利，並以書面形式向安達人壽保險香港有限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三十五樓。

注意：

請勿在空白表格上簽署

簽名模式需與保單上的記錄相符，並請於 14 天內遞交

簽署於香港

見證人簽署（姓名：_____）

日 / 月 / 年

受保人簽署
(滿18歲或以上之人士必須簽署)

保單持有人簽署

Chubb. Insured.SM