

**閩信保險有限公司****MIN XIN INSURANCE COMPANY LIMITED**

(A WHOLLY OWNED SUBSIDIARY OF MIN XIN HOLDINGS LIMITED)

澳門分行  
Macau Branch澳門南灣湖景大馬路810號財神商業中心6樓E座  
Avenida Panorâmica do Lago Nam Van, no.810,  
Edif. Fortune Business Centre, 6.º andar E, Macau

電話 Tel: (853) 2888 5686

傳真 Fax: (853) 2830 5600

電郵 E-mail: macaucs@mxic.com.hk

網址 Website: www.mxic.com.hk

**閩信 (澳門) 人身意外綜合保險計劃投保書**

(請以英文正楷填寫及於適當方格內剔上答案)

**I. 申請人資料 (申請人必須為 18 至 65 歲)**

投保人中文姓名		投保人英文姓名 (此欄必須填寫)	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
聯絡電話 (家居 / 辦公室 / 手機)	住所 / 家居地址 (澳門)		保單生效日期 (日 / 月 / 年)
通訊地址 (如申請人為公司，請註明公司名稱及地址)			
受僱公司名稱及地址			

**II. 受保人資料**

	第一受保人	配偶	子 / 女	子 / 女
受保個人 / 家庭成員姓名 (英文及中文)				
出生日期 (日 / 月 / 年)				
性別 (男 / 女)				
澳門身份證 / 護照號碼				
職業 / 職位 (實際職務)*				
入讀學校名稱 (全職學生)				
班級				
身高 (厘米) / 體重 (公斤)				
左手為強手	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* 請列明所有職業及實際職務 (包括正職及兼職)

III. 保障項目		投保額 (澳門元)	
		第一受保人	配偶
個人綜合計劃		<input type="checkbox"/> 計劃一	<input type="checkbox"/> 計劃二 <input type="checkbox"/> 計劃三
個人自訂計劃			
基本保障	A1) 意外死亡及永久完全或部份傷殘		
	A2) 意外醫療費用		
個人附加保障			
附加保障	B) 雙倍賠償		
	C) 骨折及燒傷保障		
保費需與投保書一併遞交。支票抬頭請付 <b>閩信保險有限公司 或 Min Xin Insurance Company Limited</b>			
受益人: 法定繼承人			

#### IV. 其他保險及健康狀況資料

請將各問題填妥。  
倘各項問題中，若答案是「是」者，請在以下空間提供詳細資料，註明有關問題號碼，並提供有關之醫生姓名及地址  
(如需要更多空間填寫，可另加紙張，並須附有簽署)。

1. 閣下或其他受保家庭成員有否已投保或現正申請投保人壽、意外身故、傷殘、或醫療保險？如有，請註明保險公司、保障項目、投保額等。	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
2. 閣下或其他受保家庭成員有否已投保意外、疾病、傷殘、醫療或人壽保險被拒保、延擱或撤銷或曾持有該種保險或證書，而於事後曾被修正、增加保費、取消、或被拒絕續保？如有，請註明保險公司、保障項目、投保額、原因、現狀等。	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
3. 閣下或其他受保家庭成員之身體或四肢有無任何殘缺？如有，請註明殘缺部位或病徵等。	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
4. 閣下或其他受保家庭成員曾否患有或正在治療以下疾病：心臟病、高血壓、糖尿、癌症、腫瘤、潰瘍、肺結核、哮喘、癲癇、氣腫、肋膜炎、結腸炎、風濕性高熱病、梅毒、或任何腦部、中樞神經系統、腸胃、肝臟、胰、或生殖泌尿器等疾病？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
5. 閣下或其他受保家庭成員於過去五年是否曾經或打算將來接受任何醫藥治療、外科手術或服食任何藥物？如有，請註明手術及藥物名稱、主診醫生姓名及地址。	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
6. 閣下是否須經常離開澳門？如是，請列明往何國家及每年外遊次數。	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
7. 閣下是否自僱人士？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>

#### IV. 個人資料聲明

閣下提供的資料，為本公司提供保險業務所需，並可能使用於下列目的。

- 任何與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、更變，取消或續期。
- 任何索償或該等索償的調查或分析。
- 行使任何代位權而須可能移轉予任何的有關公司、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類同組織（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。

閣下有權查閱及要求更正由閩信保險有限公司有關閣下的個人資料。

#### V. 投保人聲明

- 本人 / 吾等謹此聲明本投保書所列全部資料乃就本人 / 吾等所知一切據實填報。
  - 本人 / 吾等明白本投保書及聲明將構成本人 / 吾等與閩信保險有限公司之間的合約依據。
  - 本人 / 吾等同意有關保險須在該公司接受本投保書後才生效。
  - 本人 / 吾等授權閩信保險有限公司由（聯會）從保險業內收集的資料中查閱及核對本人任何資料。
- 本人 / 吾等反對使用本人 / 吾等的個人資料於擬作出保險產品 / 服務的直接促銷。

申請人簽署	日期	公司 / 代理或經紀專用
-------	----	--------------