閩 信 保 險 有 限 公 司
MIN XIN INSURANCE COMPANY LIMITED

澳門分行
Macau Branch

澳門羅保博士街1-3號澳門國際銀行大廈11樓G-H座
11/F., G-H Luso Int'l Bank Bldg.,
No. 1-3 Rua Dr. Pedro Jose Lobo, Macau
電話 Tel: (853) 2830 5686
傳真 Fax:(853) 2830 5600
電郵 E-mail: macaucs@mxic.com.hk
網址 Website: www.mxic.com.mo

閩信「暢悠遊」旅遊綜合保險計劃投保書（澳門）

I. 申請人資料（請以英文正楷大寫填寫 Please complete in BLOCK LETTERS in English)

先生 / 太太 / 女士* MR. / MRS. / MS.*	姓：	名：	澳門身份證 / 護照號碼：
出生日期：		職業：	
澳門通訊地址：			
聯絡電話：		電郵地址：	

II. 旅遊資料

保險計劃	❑ 全年旅遊計劃	❑ 單次旅遊計劃	
	❑ 計劃一 Plan I	❑ 計劃二 Plan II	❑ 計劃三 Plan III
保險類別	❑ 個人	❑ 個人及子女 （只適用於單次旅遊計劃）	❑ 家庭
旅程目的地 （只適用於單次旅遊計劃）	由 澳門	至	
旅遊期限 （只適用於單次旅遊計劃）	由_____ 至 _____ 日數 _____ 日 dd / 月 mm / 年 yy　日 dd / 月 mm / 年 yy		
生效日期 （只適用於全年旅遊計劃）	_____ 日 dd / 月 mm / 年 yy		

III. 受保人資料

				（只適用於全年旅遊計劃）		
姓名	出生日期 （日 / 月 / 年）	澳門身份證 / 護照號碼	申請人之關係	職業 （工作性質）	中國醫療保證咭	回鄉證號碼 / 護照號碼
1.					❑	
2.					❑	
3.					❑	
4.					❑	
5.					❑	
6.					❑	

受益人 法定繼承人	保費計算	基本計劃	MOP
		星級個人意外附加保障	MOP （「基本保障」保費 x 1.18）
		中國醫療保證咭（只適用於全年旅遊計劃）	MOP
保費需與投保書一併遞交。支票抬頭請付： **閩信保險有限公司 或 Min Xin Insurance Company Limited**		保費合共：	MOP

IV. 個人資料聲明	V. 投保人聲明
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折。 • 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。	1. 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。 2. 本人 / 吾等保證：各被保險人絕不會違反醫生之勸告或謹為獲得醫療而外出旅行；各被保險人對已安排而又需取消或提早結束之行程事先均不知情。 3. 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。 4. 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。 5. 本人 / 吾等授權閩信保險有限公司由（聯會）從保險業內收集的責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