



人身意外保險計劃 Generali Personal Accident Insurance Plan - Information Sheet

請以英文正楷填寫及於適當方格內刷上答案 Please use Block Letters and tick the appropriate box

保單持有人資料 Information of Policyholder	
保單持有人英文姓名 Name of Policyholder (in English)	香港身份證號碼 HKID No.
出生日期 (日/月/年) Date of Birth (dd/mm/yyyy)	手機號碼 Mobile Number
保單生效日期 Policy Effective Date / / (日 dd) (月 mm) (年 yyyy)	電郵地址 Email Address
通訊地址 Correspondence Address	

受保人資料 Insured Person's Personal Information					
姓名 Name	出生日期 (日/月/年) Date of Birth (dd/mm/yyyy)	香港身份證號碼 HKID No.	與保單持有人關係 Relationship with Policyholder	職業類別 Occupational Class	職業 Occupation
	/ /			☐ Class 1 ☐ Class 2 ☐ Class 3	
	/ /			☐ Class 1 ☐ Class 2 ☐ Class 3	
	/ /			☐ Class 1 ☐ Class 2 ☐ Class 3	
	/ /			☐ Class 1 ☐ Class 2 ☐ Class 3	

保障項目 Benefit Items	
計劃類型 Plan Type	☐ 計劃一 Plan 1 ☐ 計劃二 Plan 2 ☐ 計劃三 Plan 3
保障類型 Cover Type	☐ 個人 Individual ☐ 家庭 Family ☐ 多人 Group of Individuals ☐ 個人及子女 Individual & Children

其他保險及健康狀況資料 Past Experience and Insurance History

1. 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？ Have your or other covered members' applications of life, accident or medical insurance ever been declined or postponed, or your insurance ever been modified, rated up, cancelled or refused invitation for renewal? 如「是」，請提供詳細資料 If "Yes", please give details 保險公司 Insurer: 保障 Benefit: 理由 Reason: 現狀 Current condition:	是 Yes ☐	否 No ☐
2. 閣下或其他受保家庭成員之身體或四肢有無任何殘缺？ Do you or other covered members have any physical or mental defect? 如「是」，請提供詳細資料 If "Yes", please give details 殘缺部位 suffered area 診斷 Diagnosis:	是 Yes ☐	否 No ☐

這份資訊表格並非保單。保險申請將透過Generali Bravo線上平台進行處理，保險直到Generali 核保後才會正式生效。

This Information Sheet is not an insurance Policy. Insurance application will be process through Generali Bravo online platform, insurance will not be inforce until it has been underwritten by the Company.

Our Ref: FZ/202403

申請人簽名 Applicant Signature : _____

日期 Date : _____