

穿梭中國醫療保證卡 投保申請表



Sun Flower Insurance Brokers Limited
c/o Sun Flower Insurance Agency Limited

For Office Use 公司專用	A/C No. 賬戶號碼	Policy No. 保單號碼
------------------------	-----------------	--------------------

投保人資料 (請以英文正楷填寫)

英文姓名	中文姓名	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男
出生日期 (年/月/日)	香港居民身份證號碼	
地址		
	聯絡電話	
職業	工作性質	
僱主名稱		
你在過去12個月內曾否接受醫療診治?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
如答“是”，請提供以下資料		
病症	醫院 / 醫生名稱	
你曾在過去五年內因傷損或疾病向任何保險機構要求賠償?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
如答“是”，請列詳情		
以上所有不作答的問題均視為否定回答。		

投保人配偶資料 (請以英文正楷填寫)

投保人配偶如欲一起投保，請填妥下列資料 (投保人配偶所投保之計劃及年期需與投保人相同)

英文姓名	中文姓名	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男
出生日期 (年/月/日)	香港居民身份證號碼	
地址		
	聯絡電話	
職業	工作性質	
僱主名稱		
你在過去12個月內曾否接受醫療診治?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
如答“是”，請提供以下資料		
病症	醫院 / 醫生名稱	
你曾在過去五年內因傷損或疾病向任何保險機構要求賠償?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
如答“是”，請列詳情		
以上所有不作答的問題均視為否定回答。		

投保計劃 (請以“✓”選擇)

<input type="checkbox"/> 計劃A	<input type="checkbox"/> 計劃B	<input type="checkbox"/> 一年	<input type="checkbox"/> 兩年
<input type="checkbox"/> 國內醫療及全球人身意外保障		<input type="checkbox"/> 國內醫療及國內人身意外保障	
保單生效日期	年	月	日
保費 (港元)			
投保人	投保人配偶	總保費	

聲明及簽署

本人 / 吾等現申請穿梭中國醫療保證卡，謹此聲明本投保申請表所列之全部資料乃就本人 / 吾等所知一切據實填報，無隱瞞任何常人在合理的情況下知悉及可影響保險公司作出評估及接受風險決定之重要事實或所認知的情况。本人 / 吾等同意所有不作答的問題均視為否定回答，本人 / 吾等是次出外旅遊並未違背專業醫生勸告或以尋求醫療為目的。本人 / 吾等現時身體健康，並無任何殘廢或缺陷。本人聲明已獲得配偶授予全權，簽署此投保申請表，並提供任何個人資料作評核此項申請之用。本人 / 吾等明白本投保申請表及聲明將構成本人 / 吾等與昆士蘭聯保保險有限公司之間的合約依據。

本人 / 吾等同意對所有保障以外之醫療費用或所有超出所定限額之醫療費用，於收到昆士蘭聯保之通知書後14天內歸還昆士蘭聯保。如欠款未能於限期內付清，本人將被終止一切保證服務，同時亦須將「穿梭中國卡」歸還昆士蘭聯保，但對所有債務仍需負上責任。如遺失「穿梭中國卡」，本人須於48小時內向昆士蘭聯保報失及需繳付100港元作補領費用。

本人 / 吾等明白於非特許醫院的入院按金擔保，需在緊急援助中心首先獲得本人 / 吾等的費用保證後，方可作出安排。

If the intermediary who serves you is an Insurance Broker, please read this:

The applicant understands, acknowledges and agrees that, as a result of the applicant purchasing and taking up the policy to be issued by QBE Hongkong & Shanghai Insurance Limited, QBE Hongkong & Shanghai Insurance Limited will pay the authorized insurance broker commission during the continuance of the policy including renewals, for arranging the said policy. Where the applicant is a body corporate, the authorized person who signs on behalf of the applicant further confirms to QBE Hongkong & Shanghai Insurance Limited that he or she is authorized to do so.

The applicant further understands that the above agreement is necessary for QBE Hongkong & Shanghai Insurance Limited to proceed with the application.

如為閣下服務的中介人為保險經紀，請閱讀下文：

申請人明白、確知及同意，昆士蘭聯保保險有限公司會就申請人購買及接受其簽發的保單，於保單有效期內 (包括續保期) 向負責安排有關保單的獲授權保險經紀支付佣金。假如申請人為法人團體，代表申請人簽署的獲授權人員須向昆士蘭聯保保險有限公司確認他 / 她已獲該法人團體授權。

申請人亦明白昆士蘭聯保保險有限公司必須取得申請人以上的同意，才可以處理其保險申請。

投保人簽名

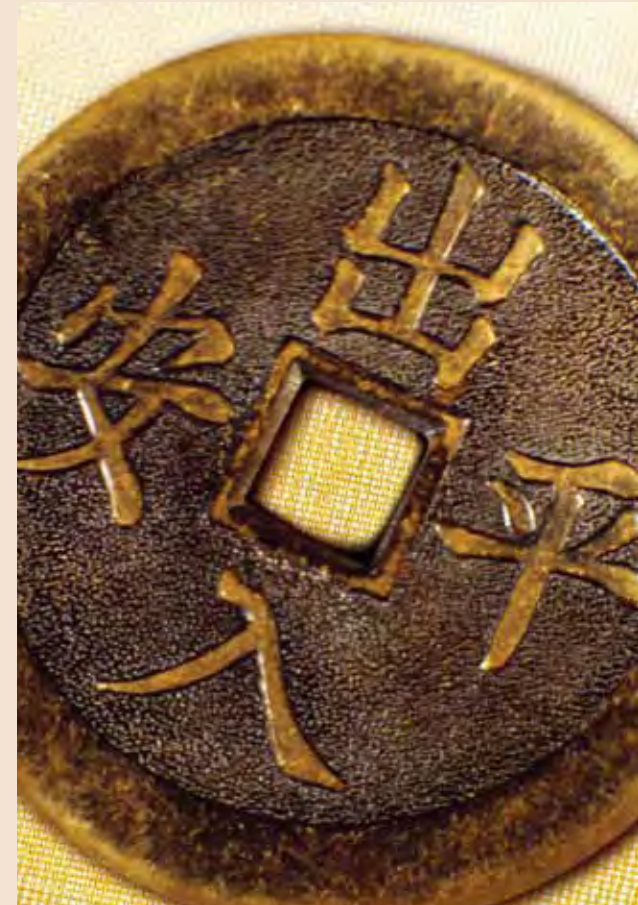
日期

Personal Information Collection Statement 收集個人資料聲明

The information you provide to us is collected to enable us to carry on insurance business and may be used for the purpose of any insurance or financial related product or service or any alterations, variations, cancellations or renewal of such product or service; any claim or investigation or analysis of such claim; and exercising any right of subrogation, and may be transferred to 1) any related company or any other company carrying on insurance or reinsurance related business or an intermediary or a claims or investigation or other service provider providing services relevant to insurance business for any of the above or related purposes; 2) any association, federation or similar organization of insurance companies ("Federation") that exists or is formed from time to time for any of the above or related purposes or to enable the Federation to carry out its regulatory functions or such other functions that may be assigned to the Federation from time to time and are reasonably required in the interest of the insurance industry or any member(s) of the Federation; and 3) any members of the Federation by the Federation for any of the above or related purposes. Moreover, we are hereby authorized to obtain access to and/or to verify any of your data with the information collected by the Federation from the insurance industry. You have the right to obtain access to and to request correction of any personal information concerning yourself held by us. Requests for such access can be made in writing to the Personal Data Privacy Officer, QBE Hongkong & Shanghai Insurance Limited, 17/F, Warwick House, West Wing, Taikoo Place, 979 King's Road, Quarry Bay, Hong Kong (Telephone: 2877 8488, Fax: 3607 0300).

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：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、變更、取消、或續期；或任何索償，或該等索償的調查或分析；或行使任何代位權之用。以上資料，及可能轉移予：1)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；2)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，或以使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3)或透過聯會轉移予任何聯會的會員，以達到任何上述或有關目的。此外，本公司亦謹此獲授權由聯會從保險業內收集的資料中查閱及/或核對閣下任何資料。閣下有權查閱及要求更正由本公司持有有關閣下的個人資料。如有需要查閱，可用書面寄香港鰂魚涌英皇道979號太古坊和成大廈西翼17樓（電話：2877 8488，圖文傳真：3607 0300）向本公司個人資料私隱主任提出。

穿梭中國醫療 保證卡



Sun Flower Insurance Brokers Limited
c/o Sun Flower Insurance Agency Limited
Room 1105-08, Hing Yip Commercial Centre,
282 Des Voeux Road Central, Hong Kong
Tel: (852) 2521-1881 Fax: (852) 2521-1919
Web: www.sunflowerVIP.com www.sunflowerMPF.com



QBE Hongkong & Shanghai Insurance Ltd.
昆士蘭聯保保險有限公司