



## Howden

### 僱員自購保障計劃

VEB-03/2021

#### 個人意外保障

**意外死亡及永久傷殘保障：**若投保人不幸遭遇意外並在 12 個月內導致死亡、永久傷殘或斷肢等，本計劃將提供高達港幣 1,000,000 的保障。(意外傷殘賠償請參照意外死亡及永久傷殘賠償表)

**每次意外醫療費用保障：**若投保人不幸因意外受傷而引致的醫療費用，包括：門診、專科、住院、外科手術、跌打及/或針灸治療均可獲實報實銷賠償。

意外醫療費賠償包括跌打及/或針灸治療，每次意外之最高賠償額為港幣\$1,500，每保單年度累積賠償限額最高為港幣\$3,000，但以所選擇之每次意外醫療費用保障額為上限。

保額(港幣)			每月保費表(港幣)			
單位	意外死亡及永久傷殘保障	每次意外醫療費用保障	員工保障	員工及配偶	家庭保障	員工及子女
1	\$200,000	\$3,000	\$30	\$60	\$60	\$30
2	\$400,000	\$6,000	\$50	\$100	\$100	\$50
3	\$600,000	\$9,000	\$69	\$138	\$138	\$69
4	\$800,000	\$12,000	\$89	\$178	\$178	\$89
5	\$1,000,000	\$15,000	\$108	\$216	\$216	\$108

\* 配偶之所有保障利益均與員工(投保人)相同。

\* 每名子女的意外死亡及永久傷殘保障及每次意外醫療費用賠償最高為投保人 15% 的保障利益。

\* 每名子女的跌打及/或針灸治療可獲 100% 的保障，但以所選擇之每次意外醫療費用保障為上限。(請參閱以下例子)

#### 意外死亡及永久傷殘賠償表

損害事項	賠償比率	損害事項	賠償比率
1. 意外死亡	100%	15. 喪失或永久完全喪失一隻拇指功能於	
2. 永久完全殘廢	100%	(a) 兩個右關節	30%
3. 四肢永久癱瘓及無法痊癒	100%	(b) 一個右關節	15%
4. 永久完全喪失雙眼視力	100%	(c) 兩個左關節	20%
5. 永久完全喪失一眼視力	100%	(d) 一個左關節	10%
6. 喪失雙肢或任何雙肢完全失去功能	100%	16. 喪失或永久完全喪失手指功能於	
7. 喪失任何一肢或任何一肢完全失去功能	100%	(a) 三個右關節	10%
8. 雙耳完全失聰及完全不能言語	100%	(b) 兩個右關節	7.5%
9. 永久及無法痊癒之精神錯亂	100%	(c) 一個右關節	5%
10. 永久完全失聰		(d) 三個左關節	7.5%
(a) 雙耳	75%	(e) 兩個左關節	5%
(b) 單耳	15%	(f) 一個左關節	2%
11. 完全喪失言語能力	50%	17. 喪失或永久完全喪失腳趾功能於	
12. 永久完全喪失一眼晶狀體	50%	(a) 所有腳趾 - 一隻腳計算	15%
13. 喪失或永久完全喪失四隻手指及拇指功能於		(b) 大腳趾 - 兩個關節	5%
(a) 右手	70%	(c) 大腳趾 - 一個關節	3%
(b) 左手	50%	18. 折斷腿部或膝蓋骨而無法聯合	10%
14. 喪失或永久完全喪失四隻手指功能於		19. 足腿因意外經手術後導致縮短五厘米或以上	7.5%
(a) 右手	40%	20. 一切在上述第 10 項至第 19 項損害事項以外的永久殘缺，本公司有絕對判斷權利決定該永久殘缺的賠償/保額百分率，但不會與以上第 10 至第 19 項之百分率不一致。	
(b) 左手	30%		

注項：倘投保人慣用左手，有關右手及左手之各項損害事項之保額百分率將會互相對調。

## 每日住院現金保障

### 每日住院現金保障

若投保人因意外受傷或疾病而需入住醫院，將按留院日數及所選之保額單位賠償每日住院現金保障，每症以365日為限。

### 深切治療護理病房保障

若投保人需入住深切治療護理病房，該日住院現金保障將會獲雙倍賠償，每症以30日為限。

### 長期住院現金保障

若投保人入院治理超過 30 日，於第 31 日起，可額外支取「長期住院現金保障」賠償，每症以 30 日為限。

保額(港幣)			
單位	每日住院現金保障	深切治療護理病房保障	長期住院現金保障
1	每日 \$250	額外每日 \$250	額外每日 \$250
2	每日 \$500	額外每日 \$500	額外每日 \$500
3	每日 \$750	額外每日 \$750	額外每日 \$750
4	每日 \$1,000	額外每日 \$1,000	額外每日 \$1,000
5	每日 \$1,250	額外每日 \$1,250	額外每日 \$1,250

投保人年齡	每一單位保費(每月)(港幣)			
	員工	員工及配偶	家庭保障	員工及子女
18 – 25	\$24	\$47	\$59	\$35
26 – 30	\$27	\$54	\$68	\$41
31 – 35	\$29	\$59	\$74	\$44
36 – 40	\$31	\$62	\$78	\$47
41 – 45	\$36	\$71	\$89	\$54
46 – 50	\$43	\$86	\$107	\$64
51 – 55	\$53	\$105	\$132	\$79
56 – 60	\$59	\$119	\$149	\$89
61 – 65	\$77	\$154	\$192	\$115
可續保至 66 – 69	\$103	\$205	\$256	\$154

\* 配偶及子女之保障利益均與員工(投保人)相同。

\* “員工及配偶”、“家庭保障”及“員工及子女”之保費乃根據投保人投保時之實際年齡計算。

\* 保費維持不變。其後增加保額，整項「每日住院現金保障」之保費將按投保人增加保額時之年齡再作計算。

## 危疾保障

若投保人經診斷首次患上承保的47種危疾之一，可獲所選擇之保額賠償。

單位	1	2	3	4	5
保額 (港幣)	\$100,000	\$200,000	\$300,000	\$400,000	\$500,000

投保人年齡	每一單位保費 (每月)(港幣)				
	員工		員工及子女		員工及配偶 / 家庭
	女性	男性	女性	男性	
18 – 25	\$24	\$32	\$30	\$40	\$48
26 – 30	\$35	\$50	\$44	\$63	\$73
31 – 35	\$47	\$71	\$59	\$89	\$100
36 – 40	\$62	\$98	\$78	\$123	\$135
41 – 45	\$84	\$138	\$105	\$173	\$188
46 – 50	\$103	\$178	\$129	\$223	\$238
51 – 55	\$125	\$229	\$156	\$286	\$301
56 – 60	\$139	\$261	\$174	\$326	\$340
61 – 65	\$239	\$326	\$299	\$408	\$433
可續保至 66 – 69	\$347	\$473	\$433	\$590	\$628

- 配偶之所有保障利益均與員工(投保人)相同；而每名子女的保障為投保人15%的保障利益。
- 員工及子女”、“家庭/ 員工及配偶”之保費乃根據投保人投保時之實際年齡計算。
- 保費維持不變。其後增加保額，整項「危疾保障」之保費將按投保人增加保額時之年齡再作計算。

### 47種危疾包括：

1. 中風
2. 癌症 (原位癌除外)
3. 心臟病
4. 冠狀動脈搭橋外科手術
5. 其他嚴重的冠狀動脈疾病
6. 心瓣膜手術
7. 暴發性病毒性肝炎
8. 末期肝病
9. 原發性肺動脈高血壓
10. 末期肺病
11. 腎衰竭
12. 主動脈外科手術
13. 再生障礙性貧血
14. 重要器官移植或骨髓移植手術
15. 失明
16. 失聰
17. 喪失語言能力
18. 昏迷
19. 嚴重燒傷
20. 多發性硬化症
21. 癱瘓
22. 脊髓灰質炎
23. 肌肉營養不良症
24. 亞爾茲默氏病/嚴重癡呆
25. 運動神經原疾病
26. 柏金遜症
27. 腦炎
28. 良性腦腫瘤
29. 嚴重頭部創傷
30. 細菌性腦脊髓膜炎
31. 植物人
32. 系統性紅斑狼瘡并發狼瘡性腎炎
33. 克隆氏病
34. 急性壞死性胰腺炎
35. 末期疾病
36. 不能獨立生活
37. 象皮病
38. 因輸血而感染愛滋病
39. 因職業感染人體免疫不全病毒
40. 嚴重類風濕性關節炎
41. 腎髓質囊腫病
42. 心肌病
43. 伊波拉
44. 海綿性腦病變
45. 血管成形手術及其他冠狀動脈疾病之創傷性治療法\*
46. 嚴重急性呼吸系統綜合症\*\*
47. 腦動脈瘤手術\*\*\*

### 適用於第1至第44項危疾保障:

以100%賠償投保人所選擇之保障，整項危疾保障於賠償後將被終止。

### 適用於第45項危疾保障:

\*只賠償投保額的 10%，有關危疾於賠償後將被終止及其後之危疾保障的保額亦會相對遞減。

### 適用於第46項危疾保障:

\*\*保障賠償額為保額 10%或港幣\$20,000，以較低者為準，有關危疾於賠償後將被終止及其後之危疾保障亦會相對遞減。

### 適用於第47項危疾保障:

\*\*\*只賠償投保額的 40%，有關危疾於賠償後將被終止及其後之危疾保障亦會相對遞減。

## 額外危疾保障 – 原位癌

若投保人經診斷首次患上女性器官或男性器官原位癌，可獲所選擇之保額20%賠償。

女性器官：一個或兩個乳房、一條兩條輸卵管、一個或兩個卵巢、子宮頸、子宮、陰道外陰。

男性器官：一個或兩個乳房、一個或兩個睪丸、陰莖或前列腺。

單位	保額 (港幣)	每月保費 (港幣)	
		員工 / 員工及子女	員工及配偶 / 家庭
1	\$100,000 x 20%	\$5	\$10
2	\$200,000 x 20%	\$10	\$20
3	\$300,000 x 20%	\$15	\$30
4	\$400,000 x 20%	\$20	\$40
5	\$500,000 x 20%	\$25	\$50

\* 保費維持不變。其後增加保額，整項「額外危疾保障 – 原位癌」之保費將按投保人增加保額時之單位再作計算。

\* 賠償投保額的20%，有關危疾於賠償後將被終止及其後之危疾保障亦會相對遞減。

\* 投保人需先投保「危疾保障」，方可投保「額外危疾保障 - 原位癌」。

\* 「額外危疾保障 - 原位癌」所選擇之單位必須與「危疾保障」的單位相同。

## 額外保障－頤康樂

(投保人需首先投保上述其中一項基本保障，方可為其父母及/或配偶父母投保「頤康樂保障」)

保障範圍	計劃 A (港幣)	計劃 B (港幣)
<b>1. 意外死亡及永久傷殘</b> (請參閱第1頁之意外死亡及永久傷殘賠償表)	\$150,000	\$300,000
<b>2. 意外醫療費用賠償</b>	每次意外引致的醫療費用上限為2,000，全年上限為\$10,000	每次意外引致的醫療費用上限為\$3,000，全年上限為\$20,000.
<b>2a.) 意外醫療費用</b>	此保障包括每次意外引致的醫療費用，包括外科手術費、門診、住院、物理治療及X光費用等，均可以實報實銷形式，獲得醫療費用賠償。	此保障包括每次意外引致的醫療費用，包括外科手術費、門診、住院、物理治療及X光費用等，均可以實報實銷形式，獲得醫療費用賠償。
<b>2b.) 跌打及針灸治療費用</b> (於每次意外醫療費用賠償中扣除)	跌打及針灸治療費用可以實報實銷形式獲得賠償。每日每次應診費用上限為\$180，每宗意外上限為\$2,000，每保單年度上限為\$4,000。	跌打及針灸治療費用可以實報實銷形式獲得賠償。每日每次應診費用上限為\$180，每宗意外上限為\$2,000，每保單年度上限為\$4,000。
<b>3. 每日住院現金保障</b>	每日\$200	每日\$300
<b>4. 特別護理保障</b>	每月\$2,500，最高達 60 個月	每月\$5,000，最高達 60 個月
<b>5. 骨折保障*</b> (請參閱下列之骨折賠償表)	最高\$75,000	最高\$150,000

每月保費 (港幣) (每名投保人)	
計劃 A	\$107
計劃 B	\$195

\* 投保年齡介乎45歲至75歲，可續保至85歲。如長者年齡達81歲，以上各項保障額將會減半。

\* 「每日住院現金保障」需入院治理超過3天，由第4天起賠償每日住院現金賠償。而同一次留院的最高賠償額以30日為限。

### 骨折賠償表

損害事項	賠償 (保額百分率)
<b>骨折*種類</b>	
腕部或骨盆	100 %
大腿或腳跟	50 %
頭骨、鎖骨、小腿、踝部、臂、肘部或手腕	40 %
下顎	30 %
脊椎、肩胛骨、膝蓋、胸骨、手或足	20 %
上顎、顴骨、鼻、肋骨、尾骨、腳趾或手趾	15 %

\* 「骨折」或「斷骨」是指骨頭完全破裂。

## 重要事項

- 凡年齡介乎18至65歲之僱員(投保人)、配偶均可參加本「僱員自購保障計劃」,其後可續保至69歲。
- 「家庭保障」包括僱員(投保人)、配偶及所有6個月至21歲未婚及未在職之子女,全日制學生可續保至25歲。
- 各保障所選擇的組合必須相同。
- 僱員(投保人)須先行投保,其配偶、子女、父母及/或配偶父母方可參加「僱員自購保障計劃」或「頤康樂」。

## 離職通知

若僱員(投保人)離職或退休,保障不受影響,只需於離職或退休前以書面通知保險公司,其個人及家屬之保障可續保至69歲(轉職到高危險性的行業除外)或85歲如投保「頤康樂」之人仕。

## 不保事項

### 一般不保事項：

因戰爭、內戰、任職軍隊；飛行服務、以非乘客身份乘搭任何領有牌照之私用或商用飛機所引致的損害、自我摧殘或自殺(無論精神是否正常)、受保前已存在之狀況\*或因此而引致的其他併發症、生育或懷孕或流產或因此而引致的其他併發症(儘管是因損害促使或引起的)；精神病、睡眠、精神或神經失調、焦慮、緊張或抑鬱；酒精中毒的治療、濫用藥物或因此而引致的其他併發症,或所有藥物意外；在酒精或非處方藥物的影響下、職業運動或參與該運動而可賺取的收入或報酬、先天缺陷或疾病或因此而引致的其他併發症、後天免疫力缺乏症\*\*或於人體免疫不全病毒或有關疾病的血清測試呈陽性反應下出現的疾病或損害；或經性接觸傳染的疾病。

### 不承保職業：

是指職位或職責是爆破工人、騎師、偵探、特技人員、貨船裝卸工人、漁民、中港司機(跨越香港及中國大陸)、飛機駕駛測試員、馬戲訓練員、高空工作工人、沉箱工人、電梯技工、拆除舊建築工人、地下鑽孔工人、野生動物訓練員、情報機構人員、貨柜起重機操作員、地盤工人、炸藥/爆炸物操作員及政府/國家紀律部隊。

### 意外死亡及永久傷殘保障、每次意外醫療費用保障、骨折保障的額外不承保範圍：

- 疾病

### 每日住院現金保障附加之不保事項：

- 休養或經常性身體檢查、先天性疾病及有關連之病症、牙科治療,非意外事故而整容。
- 於保單生效後的15天等候期內患上的疾病。

### 危疾保障附加之不保事項：

- 先天性不足或先天性疾病及任何於受保前已存在之狀況或病徵\*\*\*。
- 於保障生效日起計90天內出現首次病徵之危疾。
- 受保成員於診斷患上危疾(因意外引致的除外)後生存少於14天。
- 於保障生效日起計15天內出現首次病徵之非典型肺炎(嚴重急性呼吸系統綜合症)。

### 「受保前已存在的疾病或損害」條款\*

是指受保人於保單保障生效日、最後復效日或保額增加日(只限保額增加的部分)(以較遲者為準)前三年內曾接受或經註冊醫生推薦之醫藥治療、確診、醫療意見、處方服藥或已存在任何症狀(無論你知道與否)而導致索償的情況。倘受保人於保單保障生效日、最後復效日或保額增加日(只限保額增加的部分)(以較遲者為準)後受本保單連續承保三年,則上述的狀況將列入本保單的承保範圍內。

### 愛滋病(後天免疫力缺乏綜合症)\*\*不保事項

不適用於危疾保障種類 38 及 39。

### 危疾保障之「受保前已存在的狀況或病徵」\*\*\*

是指任何疾病或狀況於此保單生效日,保單復效日,保額增加日(只限保額增加的部分),以較遲者為準,前五年內,(a)首次顯示、惡化、變為急性、展示病徵以使正常人士尋求診斷、護理、或治療;或(b)需要你服食處方藥物或藥物;或(c)曾接受註冊醫生或合資格醫生之治療,或曾被註冊醫生或合資格醫生建議治療。受保前已存在之狀況亦指任何已存在之危疾病徵以使正常人士尋求診斷、護理、或測試。

## 申請手續

申請手續簡便,只須填妥「申請表」及「保費支付方法表」,寄回美亞保險香港有限公司。保障將會於收到及接受閣下的申請後翌月首天生效。

如有任何查詢,歡迎於辦公時間內聯絡。

美亞保險香港有限公司

香港島東華蘭路 18 號港島東中心 7 樓 Tel : 3666 7019

星期一至五,上午九時至下午六時(公眾假期休息)

- 本單張只作參考用途,而所列舉之承保範圍、利益及不保事項僅屬簡介,詳細條款以保單內容為準。
- 美亞保險香港有限公司保留核保,接納閣下之申請,更改及修正所有保單條文之權利。
- © AIG 版權所有。



# Howden

## 僱員自購保障計劃申請表 ("VEB" Application Form)

For office Use Only	
CN No	
Source	
Effective Date	
Bill Date	
Handler	

VEB-03/2021

### A. Staff (Insured) Personal Particulars 僱員(投保人)個人資料 (Please use the capital letter) (請以英文正楷填寫)

Please tick the appropriate box 請於適用之方格加(✓)

英文姓名 \_\_\_\_\_ 性別 男  女  出生日期 \_\_\_\_\_ 慣用左手

English Name : \_\_\_\_\_ Sex : M  F  Date of Birth : \_\_\_ M 月 \_\_\_ D 日 \_\_\_ YR 年 Left Handed

中文姓名 \_\_\_\_\_ 身份證號碼 \_\_\_\_\_ 員工編號 \_\_\_\_\_

Chinese Name : \_\_\_\_\_ I.D. No. : \_\_\_\_\_ Staff No. : \_\_\_\_\_

住址 / 辦公室電話 \_\_\_\_\_ 手提電話號碼 \_\_\_\_\_ 職位 \_\_\_\_\_

Tel (Home/ Office) : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_ Position : \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

Address : \_\_\_\_\_ E-mail Address : \_\_\_\_\_

### B. Insured Family Member(s) Information 投保人家庭成員資料

	English Name 英文姓名	I.D. No. /Cert. of Birth No 身份證/出生證明書號碼	Occupation 職業	Sex 性別	Date of Birth 出生日期	Left Handed 慣用左手
配偶 Spouse	_____	_____	_____	M 男 <input type="checkbox"/> F 女 <input type="checkbox"/>	___ M 月 ___ D 日 ___ Yr 年	<input type="checkbox"/>
子女 Child	_____	_____	_____	M 男 <input type="checkbox"/> F 女 <input type="checkbox"/>	___ M 月 ___ D 日 ___ Yr 年	<input type="checkbox"/>
	_____	_____	_____	M 男 <input type="checkbox"/> F 女 <input type="checkbox"/>	___ M 月 ___ D 日 ___ Yr 年	<input type="checkbox"/>

### C. Monthly Premium Table 每月保費表

Please tick the appropriate box for cover(s)/ Protection required 請於所需保障前之方格加(✓)

The category for different coverage chosen should be the same (please refer to the example as below) (各保障所選擇的組合必須相同) (請參閱以下例子)

Example: If the "Family Coverage" category is chosen in "Personal Accident Cover", the category for the rest of cover should be "Family Coverage".

例子: 如 "個人意外保障" 之組合選擇為 "家庭", 其他的保障項目的組合必須同為 "家庭"

Personal Accident Cover 個人意外保障					
Unit 單位	Staff 員工	Staff + Spouse 員工+配偶	Family Coverage 家庭	Staff + Child(ren) 員工+子女	Monthly Premium 每月保費
1	<input type="checkbox"/> HK\$ 30	<input type="checkbox"/> HK\$ 60	<input type="checkbox"/> HK\$ 60	<input type="checkbox"/> HK\$ 30	
2	<input type="checkbox"/> HK\$ 50	<input type="checkbox"/> HK\$ 100	<input type="checkbox"/> HK\$ 100	<input type="checkbox"/> HK\$ 50	
3	<input type="checkbox"/> HK\$ 69	<input type="checkbox"/> HK\$ 138	<input type="checkbox"/> HK\$ 138	<input type="checkbox"/> HK\$ 69	
4	<input type="checkbox"/> HK\$ 89	<input type="checkbox"/> HK\$ 178	<input type="checkbox"/> HK\$ 178	<input type="checkbox"/> HK\$ 89	
5	<input type="checkbox"/> HK\$ 108	<input type="checkbox"/> HK\$ 216	<input type="checkbox"/> HK\$ 216	<input type="checkbox"/> HK\$ 108	
Sub-Total 共計					

Daily Hospital Income Benefit (per coverage unit) 每日住院現金保障 (每一單位)						
Age 年齡	Staff 員工	Staff + Spouse 員工+配偶	Family Coverage 家庭	Staff + Child(ren) 員工+子女	Unit 單位	Monthly Premium 每月保費
18-25	<input type="checkbox"/> HK\$ 24	<input type="checkbox"/> HK\$ 47	<input type="checkbox"/> HK\$ 59	<input type="checkbox"/> HK\$ 35	X	
26-30	<input type="checkbox"/> HK\$ 27	<input type="checkbox"/> HK\$ 54	<input type="checkbox"/> HK\$ 68	<input type="checkbox"/> HK\$ 41	X	
31-35	<input type="checkbox"/> HK\$ 29	<input type="checkbox"/> HK\$ 59	<input type="checkbox"/> HK\$ 74	<input type="checkbox"/> HK\$ 44	X	
36-40	<input type="checkbox"/> HK\$ 31	<input type="checkbox"/> HK\$ 62	<input type="checkbox"/> HK\$ 78	<input type="checkbox"/> HK\$ 47	X	
41-45	<input type="checkbox"/> HK\$ 36	<input type="checkbox"/> HK\$ 71	<input type="checkbox"/> HK\$ 89	<input type="checkbox"/> HK\$ 54	X	
46-50	<input type="checkbox"/> HK\$ 43	<input type="checkbox"/> HK\$ 86	<input type="checkbox"/> HK\$ 107	<input type="checkbox"/> HK\$ 64	X	
51-55	<input type="checkbox"/> HK\$ 53	<input type="checkbox"/> HK\$ 105	<input type="checkbox"/> HK\$ 132	<input type="checkbox"/> HK\$ 79	X	
56-60	<input type="checkbox"/> HK\$ 59	<input type="checkbox"/> HK\$ 119	<input type="checkbox"/> HK\$ 149	<input type="checkbox"/> HK\$ 89	X	
61-65	<input type="checkbox"/> HK\$ 77	<input type="checkbox"/> HK\$ 154	<input type="checkbox"/> HK\$ 192	<input type="checkbox"/> HK\$ 115	X	
Sub-Total 共計						

Critical Illness Cover (per coverage unit) 危疾保障 (每一單位)								
Age	Female	Male	Staff + Spouse	Staff + Child(ren)		Family Coverage	Unit	Monthly Premium
年齡	女性	男性	員工+配偶	Female 女性	Male 男性	家庭	單位	每月保費
18-25	□HK\$ 24	□HK\$ 32	□HK\$ 48	□HK\$ 30	□HK\$ 40	□HK\$ 48	X	
26-30	□HK\$ 35	□HK\$ 50	□HK\$ 73	□HK\$ 44	□HK\$ 63	□HK\$ 73	X	
31-35	□HK\$ 47	□HK\$ 71	□HK\$ 100	□HK\$ 59	□HK\$ 89	□HK\$ 100	X	
36-40	□HK\$ 62	□HK\$ 98	□HK\$ 135	□HK\$ 78	□HK\$ 123	□HK\$ 135	X	
41-45	□HK\$ 84	□HK\$ 138	□HK\$ 188	□HK\$ 105	□HK\$ 173	□HK\$ 188	X	
46-50	□HK\$ 103	□HK\$ 178	□HK\$ 238	□HK\$ 129	□HK\$ 223	□HK\$ 238	X	
51-55	□HK\$ 125	□HK\$ 229	□HK\$ 301	□HK\$ 156	□HK\$ 286	□HK\$ 301	X	
56-60	□HK\$ 139	□HK\$ 261	□HK\$ 340	□HK\$ 174	□HK\$ 326	□HK\$ 340	X	
61-65	□HK\$ 239	□HK\$ 326	□HK\$ 433	□HK\$ 299	□HK\$ 408	□HK\$ 433	X	
<b>Sub-Total 共計</b>								

Optional Critical Illness Cover - Carcinoma-in-situ (CIS) 額外危疾保障 - 原位癌			
Unit	Staff / Staff + Child(ren)	Staff + Spouse / Family Coverage	Monthly Premium
單位	員工 / 員工+子女	員工+配偶 / 家庭	每月保費
1	□HK\$ 5	□HK\$ 10	
2	□HK\$ 10	□HK\$ 20	
3	□HK\$ 15	□HK\$ 30	
4	□HK\$ 20	□HK\$ 40	
5	□HK\$ 25	□HK\$ 50	
<b>Sub-Total 共計</b>			

- Premium remains unchanged unless subsequent benefit upgrade. Premium for the whole "Optional Critical Illness Cover" will then be calculated based on the sum insured at the time of benefit upgrade.
- 保費維持不變。其後增加保額，整項「額外危疾保障 - 原位癌」之保費將按投保人增加保額時之單位再作計算。
- 20% of the sum insured will be paid subject to the unit selected. This item will be terminated upon such payment and the amount of subsequent Critical Illness Benefit will then be reduced accordingly.
- 賠償投保額的 20%，有關危疾於賠償後將被終止及其後之危疾保障亦會相對遞減。
- Insured should choose "Critical Illness Cover" first before applying the "Optional Critical Illness Cover – CIS".
- 投保人需先投保「危疾保障」，方可投保「額外危疾保障 - 原位癌」。
- The unit of "Optional Critical Illness Cover – CIS" chosen has to be the same as "Critical Illness Cover".
- 「額外危疾保障 - 原位癌」所選擇之單位必須與「危疾保障」的單位相同。
- Staff (Insured) must enroll first before their immediate family members enroll the plan.
- 僱員(投保人)須先行投保，其配偶、子女方可參與此計劃。
- Family includes staff(Insured), spouse, and all their age 6 months to 21 dependent children or renew up to age 25 for a full-time student.
- 家庭保障包括僱員(投保人)、配偶及所有 6 個月至 21 歲未婚及未在職之子女，全日制學生可續保至 25 歲。
- Premium remains unchanged unless subsequent benefit upgrade, premium for the whole "Daily Hospital Income Benefit" and/or "Critical Illness Cover" will then be calculated on the attained age of the insured at the time of benefit upgrade.
- 保費維持不變。其後增加保額，整項 "每日住院現金保障" 及/或 "危疾保障" 之保費將按投保人增加保額時的年齡再作計算。

**Total Monthly Premium 每月總保費：** HK\$

Please read and sign the Declaration & Authorization and Payment Method Form on the page overleaf  
請參閱及簽署次頁之聲明及授權和保費支付方法表



Upon receipt of your application, the insurer shall carry out some basic verification checks for compliance purposes. If any issues arise from these checks, we shall contact you immediately and in any event, no later than 5 working days from the receipt date of this application. If we have not contacted you within this period, you may assume coverage is effective from the date specified in your application.

當收到閣下的申請表後，保險公司將會就投保人在申請表內所提供的資料，進行基本循規核查。如我們在此核查中發現有任何問題，我們將於收到該申請表日期起計 5 個工作天之內立即與閣下聯絡。如我們沒有在所述的時間內與閣下聯絡，即表示閣下之保障將於指定日期起生效。

### **Declaration & Authorization 聲明及授權**

1) I/We now declare that to the best of my/our knowledge and belief the information in this Application Form is true and complete and that this application will form the basis of my/our contract with AIG Insurance Hong Kong Limited. I/We declare that I/we have full and complete authority from the Insured Person(s) to sign the application and to disclose any personal information being requested to assess the insurance application.

1) 本人/吾等現聲明本申請表內之陳述及提供之細節均為完整及真實無訛，而本申請表將會構成本人/吾等與美亞保險香港有限公司所簽署合約之依據。本人/吾等聲明本人/吾等已獲受保人授予全權簽署本項申請，並提供任何個人資料作評核此項申請之用。

2) If this application is made through an insurance broker, by signing this form I/we agree to AIG Insurance Hong Kong Limited paying the insurance broker commission as remuneration for arranging and/or renewing the insurance policy.

2) 如本申請是經由保險經紀安排，本人/吾等在簽署本表格後，同意美亞保險香港有限公司向保險經紀支付佣金，作為保險經紀安排（及／或續保）有關保單的報酬。

### **3) Personal Information Collection Statement**

In relation to the personal data collected in this application form, I/we agree and acknowledge that:

(a) (unless specifically indicated otherwise in this form) the personal data requested in this form is necessary for AIG Insurance Hong Kong Limited ("AIG HK") to process this application and any such data not provided may mean this application cannot be processed.

(b) the personal data collected in this form may be used by AIG HK for the purposes stated in its Data Privacy Policy, which include underwriting and administering the insurance policy being applied for (including obtaining reinsurance, underwriting renewals, data matching, claim processing, investigation, payment and subrogation and any related purposes).

(c) unless I/we have indicated otherwise by ticking the "Promotion Material Opt-out" box below (of which I/we take note), AIG HK may use my/our contact details (name, address, phone number and e-mail address) to contact me/us about other insurance products provided by the AIG group and that my/our contact details may not be so used without me/us giving this agreement.

(d) AIG HK may transfer the personal data to the following classes of persons (whether based in Hong Kong or overseas) for the purposes identified in (b) and (c) above:

- i) third parties providing services related to the administration of my/our policy (including reinsurance)
- ii) financial institutions for the purpose of processing this application and obtaining policy payments;
- iii) in the event of a claim, loss adjustors, assessors, third party administrators, emergency providers, legal services providers, retailers, medical providers and travel carriers;
- iv) for the purpose of conducting direct marketing activities (per (c) above), marketing companies authorized by the AIG group;
- v) another member of the AIG group (for all of the purposes stated in (b) and (c)) in any country; or
- vi) other parties referred to in AIG HK's Data Privacy Policy for the purposes stated therein.

(e) I/we may gain access to, or request correction of my/our personal data (in both cases, subject to a reasonable fee), or opt out of my/our personal data being used for direct marketing at any time, by writing to the Privacy Compliance Officer of AIG Insurance Hong Kong Limited at GPO Box 456 or cs.hk@aig.com. The full version of AIG HK's Data Privacy Policy can be found at [www.aig.com.hk](http://www.aig.com.hk).

**Promotion Material Opt-out (if you wish to opt-out, please tick)**

### **3) 個人資料收集聲明**

就有關從此表格所收集的個人資料，本人/吾等同意及確認：

(a) 除非於本表格上另有訂明，本表格所要求提供的個人資料是供美亞保險香港有限公司（“美亞保險”）處理此申請的所需資料，若未能提供任何所需資料此申請則可能不被處理；

(b) 美亞保險可按列於其私隱政策的用途使用此表格所收集之個人資料，其用途包括核保及管理已申請的保單（包括獲取再保險、核保續保之保單、資料配對、處理索賠、調查、付款及行使代位權及任何有關用途）；

(c) 除非本人/吾等於以下的「不收取推廣資料」方格填上√號以作表示（其內容本人/吾等已細閱），美亞保險可使用本人/吾等的聯絡資料（姓名、地址、電話號碼及電郵地址）聯絡本人/吾等有關其它由AIG集團提供之保險產品，而在未獲本人/吾等同意的情况下，本人/吾等之個人資料將不會被如此使用；

(d) 美亞保險亦可向以下類別的人士（不論在香港或海外）轉交該些個人資料，作上述（b）及（c）項所列明之用途：

- (i) 提供有關本人/吾等保單管理服務的第三者（包括再保險公司）；
- (ii) 財務機構，作處理此申請及收取保費；
- (iii) 公證人、調查員、第三者管理人、緊急支援服務提供者、法律服務提供者、零售商、醫療提供者、及交通工具機構，以處理索償事宜；
- (iv) AIG集團授權的市場推廣公司，以作直銷之用（如上（c）項所述）；
- (v) 其它在任何國家之AIG集團之成員公司，作上述（b）及（c）項所有列明之用途；或
- (vi) 其它於美亞保險私隱政策所列明的人士，作於私隱政策列明之用途。

(e) 本人/吾等可隨時致函到美亞保險香港有限公司之私隱事務主任（地址：香港郵政總局信箱456號或電郵：cs.hk@aig.com）查閱、或要求修改本人/吾等的個人資料（美亞保險可就查閱及修改要求收取合理費用），或選擇不將本人/吾等的個人資料用作直銷用途。美亞保險私隱政策的全文載於 [www.aig.com.hk](http://www.aig.com.hk)。

**不收取推廣資料（如閣下不欲收取推廣資料，請在方格填上√號）**

Insured Signature 投保人簽署: \_\_\_\_\_ Date 日期: \_\_\_\_\_

## PAYMENT METHOD FORM 保費支付方法表

### Monthly Payment 月費付款

Please choose the payment method either by Credit Card or Autopay. 請選擇以信用咭或自動轉賬支付保費

### By Credit Card 信用咭付款

Charge my monthly premium to 請在以下的信用咭賬號扣除每月保費 (take one box only 請選擇其中一項)

Visa Card  Master Card

I/We hereby authorize AIG Insurance Hong Kong Limited to charge my/our credit card account below for all payment(s) of this policy including that/those related to its renewal(s). 本人/吾等授權美亞保險香港有限公司，經由本人/吾等下列的信用咭戶口內，扣除有關本保單的費用，包括其續保之有關費用。

Credit Card No. 信用咭號碼：	
Expiry Date 有效期至：	MM 月 YY 年
Name on Credit Card 持咭人姓名：	
Cardholder's Signature 持咭人簽名：	

### By Autopay 銀行戶口轉賬付款

#### Authorization Agreement Form With Creditor 付款授權同意書

We hereby authorize my/our below-named Bank to effect transfer from my/our account to that of AIG Insurance Hong Kong Limited in accordance with such instructions as my/our Bank may receive from the AIG Insurance Hong Kong Limited from time to time.

I/We agree that my/our Bank shall not be obliged to ascertain whether or not notice of any such transfer has been given to me/us.

I/We jointly and severally accept full responsibility for any overdraft (or increase in existing overdraft) on my/our account which may arise as a result of any such transfer(s).

I/We confirm that my/our signature(s) on this application form is/are the same as that/those for the operation of my/our Savings/Current Account to be debited for the transfer.

I/We agree to notify AIG Insurance Hong Kong Limited, of any change of bank account or cancellation of payment method and further agree that should there be insufficient funds in/my our bank account to meet any transfer hereby authorized, the Bank shall be entitled, at its discretion, not to effect such transfer in which event the Bank may make the usual service charge to be paid by me/us.

This authorization shall have effect until further notice.

I/We agree that any notice of cancellation or variation of this authorization which I/we may give to my/our bank shall be given at least two working days prior to the date on which such cancellation/variation is to take effect and at the same time such notice shall be given to the AIG Insurance Hong Kong Limited

本人/吾等現授權本人/吾等之下述銀行，根據美亞保險香港有限公司不時給予本人/吾等之銀行之指示，自本人/吾等之賬戶內轉賬予美亞保險香港有限公司之賬戶。

本人/吾等同意本人/吾等之銀行毋須證實該等轉賬通知是否已交予本人/吾等。

如因該筆轉賬而令本人/吾等之賬戶出現透支（或令現時之透支增加），本人/吾等共同及各別承擔全部責任。

本人/吾等證明本人/吾等在此申請表格上之簽名式樣與本人/吾等之銀行賬戶簽名式樣一致。

本人/吾等同意如更改銀行賬戶或取消此付款方式時，將通知美亞保險香港有限公司。本人/吾等並同意如本人/吾等之賬戶並無足夠款項支付該等轉賬時，本人/吾等之銀行有權不予轉賬，且銀行可收取慣常之服務費用。

本授權書當繼續生效直至另行通知。

本人/吾等同意，本人/吾等取消或更改本授權書之任何通知，須於取消/改生效日最少兩個工作天之前交予本人/吾等之銀行，並同時通知美亞保險香港有限公司。

Bank Name 銀行名稱	Account Number 銀行賬號
Name of Account-holder(s) (As recorded on statement/passbook –please complete in English) 戶口持有人姓名(在結單/存摺上所紀錄之名稱-請以英文填寫)	Signature of Account-holder(s) 戶口持有人簽名
ID. Number of Account-holder(s) 戶口持有人身份證明文件號碼	
Witnessed By(Full Name) 見證人(全名)	Debtor's Reference (To be completed by the Company) 債務人參考(由公司填寫)
ID Number 見證人身份證號碼	



**Howden**  
額外保障-頤康樂申請表  
Optional Senior Care Protection Plan  
Application Form

For office Use Only	
CN No	
Source	
Effective Date	
Bill Date	
Handler	

VEB- VEB-03/2021

**A. Staff (Insured) Personal Particulars 僱員(投保人)個人資料 (Please use the capital letter) (請以英文正楷填寫)**  
Please tick the appropriate box 請於適用之方格加(✓)

英文姓名 \_\_\_\_\_ 性別 男  女  出生日期 \_\_\_\_\_ 慣用左手   
**English Name :** \_\_\_\_\_ **Sex :** M  F  **Date of Birth :** \_\_\_ M 月 \_\_\_ D 日 \_\_\_ YR 年 **Left Handed**   
 中文姓名 \_\_\_\_\_ 身份證號碼 \_\_\_\_\_ 員工編號 \_\_\_\_\_  
**Chinese Name :** \_\_\_\_\_ **I.D. No. :** \_\_\_\_\_ **Staff No. :** \_\_\_\_\_  
 住址 / 辦公室電話 \_\_\_\_\_ 手提電話號碼 \_\_\_\_\_ 職位 \_\_\_\_\_  
**Tel (Home/ Office) :** \_\_\_\_\_ **Mobile :** \_\_\_\_\_ **Position :** \_\_\_\_\_  
 地址 \_\_\_\_\_ **E-mail Address :** \_\_\_\_\_

**B. Insured Family Member(s) Information 投保人家庭成員資料**  
(For parent(s)/parent(s)-in-law) (只供投保父母/配偶父母保障填寫)

	English Name 英文姓名	Left Handed 慣用左手	I.D. No. /Cert. of Birth No 身份證/出生證明書號碼	Occupation 職業	Sex 性別	Date of Birth 出生日期
父母 Parents	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	M 男 <input type="checkbox"/> F 女 <input type="checkbox"/>	___ M 月 ___ D 日 ___ Yr 年
	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	M 男 <input type="checkbox"/> F 女 <input type="checkbox"/>	___ M 月 ___ D 日 ___ Yr 年
配偶父母 Parents-in-law	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	M 男 <input type="checkbox"/> F 女 <input type="checkbox"/>	___ M 月 ___ D 日 ___ Yr 年
	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	M 男 <input type="checkbox"/> F 女 <input type="checkbox"/>	___ M 月 ___ D 日 ___ Yr 年

**C. Monthly Premium Table 每月保費表**

Please tick the appropriate box for cover(s)/ Protection required 請於所需保障前之方格加(✓)

**Optional Senior Care Protection Plan 額外保障- 頤康樂**

Monthly Premium 每月保費			
Plan A 計劃 A	No. of people 人數	Plan B 計劃 B	No. of people 人數
<input type="checkbox"/> HK\$ 107	X	<input type="checkbox"/> HK\$ 195	X

**Total Monthly Premium 每月總保費 :** HK\$

- Staff (Insured) must join the "VEB" first before his/her parent(s) and/or parent(s)-in-law to join in.  
僱員(投保人) 須先行投保「僱員自購保障計劃」, 其父母方可參與此計劃。
- The entry age of Senior Care Protection Plan is 45-75 and policy will renew up to age 85. Benefit will be reduced by 50% for any senior aged 81.  
「頤康樂」投保年齡為45 - 75歲, 保障直至85歲之止, 如受保長者年齡達81歲, 其保障額將會減半。
- Premium remains unchanged.  
保費維持不變。

Please read and sign the Declaration & Authorization and Payment Method Form on the page overleaf  
請參閱及簽署次頁之聲明及授權和保費支付方法表

Upon receipt of your application, the insurer shall carry out some basic verification checks for compliance purposes. If any issues arise from these checks, we shall contact you immediately and in any event, no later than 5 working days from the receipt date of this application. If we have not contacted you within this period, you may assume coverage is effective from the date specified in your application.

當收到閣下的申請表後，保險公司將會就投保人在申請表內所提供的資料，進行基本循規核查。如我們在此核查中發現有任何問題，我們將於收到該申請表日期起計 5 個工作天之內立即與閣下聯絡。如我們沒有在所述的時間內與閣下聯絡，即表示閣下之保障將於指定日期起生效。

### **Declaration & Authorization 聲明及授權**

1) I/We now declare that to the best of my/our knowledge and belief the information in this Application Form is true and complete and that this application will form the basis of my/our contract with AIG Insurance Hong Kong Limited. I/We declare that I/we have full and complete authority from the Insured Person(s) to sign the application and to disclose any personal information being requested to assess the insurance application.

1) 本人/吾等現聲明本申請表內之陳述及提供之細節均為完整及真實無訛，而本申請表將會構成本人/吾等與美亞保險香港有限公司所簽署合約之依據。本人/吾等聲明本人/吾等已獲受保人授予全權簽署本項申請，並提供任何個人資料作評核此項申請之用。

2) If this application is made through an insurance broker, by signing this form I/we agree to AIG Insurance Hong Kong Limited paying the insurance broker commission as remuneration for arranging and/or renewing the insurance policy.

2) 如本申請是經由保險經紀安排，本人/吾等在簽署本表格後，同意美亞保險香港有限公司向保險經紀支付佣金，作為保險經紀安排（及/或續保）有關保單的報酬。

### **3) Personal Information Collection Statement**

In relation to the personal data collected in this application form, I/we agree and acknowledge that:

(a) (unless specifically indicated otherwise in this form) the personal data requested in this form is necessary for AIG Insurance Hong Kong Limited ("AIG HK") to process this application and any such data not provided may mean this application cannot be processed.

(b) the personal data collected in this form may be used by AIG HK for the purposes stated in its Data Privacy Policy, which include underwriting and administering the insurance policy being applied for (including obtaining reinsurance, underwriting renewals, data matching, claim processing, investigation, payment and subrogation and any related purposes).

(c) unless I/we have indicated otherwise by ticking the "Promotion Material Opt-out" box below (of which I/we take note), AIG HK may use my/our contact details (name, address, phone number and e-mail address) to contact me/us about other insurance products provided by the AIG group and that my/our contact details may not be so used without me/us giving this agreement.

(d) AIG HK may transfer the personal data to the following classes of persons (whether based in Hong Kong or overseas) for the purposes identified in (b) and (c) above:

iii) third parties providing services related to the administration of my/our policy (including reinsurance)

iv) financial institutions for the purpose of processing this application and obtaining policy payments;

v) in the event of a claim, loss adjustors, assessors, third party administrators, emergency providers, legal services providers, retailers, medical providers and travel carriers;

vi) for the purpose of conducting direct marketing activities (per (c) above), marketing companies authorized by the AIG group;

vii) another member of the AIG group (for all of the purposes stated in (b) and (c)) in any country; or

viii) other parties referred to in AIG HK's Data Privacy Policy for the purposes stated therein.

(e) I/we may gain access to, or request correction of my/our personal data (in both cases, subject to a reasonable fee), or opt out of my/our personal data being used for direct marketing at any time, by writing to the Privacy Compliance Officer of AIG Insurance Hong Kong Limited at GPO Box 456 or cs.hk@aig.com. The full version of AIG HK's Data Privacy Policy can be found at [www.aig.com.hk](http://www.aig.com.hk).

**Promotion Material Opt-out (if you wish to opt-out, please tick)**

### **3) 個人資料收集聲明**

就有關從此表格所收集的個人資料，本人/吾等同意及確認：

(a) 除非於本表格上另有訂明，本表格所要求提供的個人資料是供美亞保險香港有限公司（“美亞保險”）處理此申請的所需資料，若未能提供任何所需資料此申請則可能不被處理；

(b) 美亞保險可按列於其私隱政策的用途使用此表格所收集之個人資料，其用途包括核保及管理已申請的保單（包括獲取再保險、核保續保之保單、資料配對、處理索賠、調查、付款及行使代位權及任何有關用途）；

(c) 除非本人/吾等於以下的「不收取推廣資料」方格填上√號以作表示（其內容本人/吾等已細閱），美亞保險可使用本人/吾等的聯絡資料（姓名、地址、電話號碼及電郵地址）聯絡本人/吾等有關其它由AIG集團提供之保險產品，而在未獲本人/吾等同意的情况下，本人/吾等之個人資料將不會被如此使用；

(d) 美亞保險亦可向以下類別的人士（不論在香港或海外）轉交該些個人資料，作上述（b）及（c）項所列明之用途：

(i) 提供有關本人/吾等保單管理服務的第三者（包括再保險公司）；

(ii) 財務機構，作處理此申請及收取保費；

(iii) 公證人、調查員、第三者管理人、緊急支援服務提供者、法律服務提供者、零售商、醫療提供者、及交通工具機構，以處理索償事宜；

(iv) AIG集團授權的市場推廣公司，以作直銷之用（如上（c）項所述）；

(v) 其它在任何國家之AIG集團之成員公司，作上述（b）及（c）項所有列明之用途；或

(vi) 其它於美亞保險私隱政策所列明的人士，作於私隱政策列明之用途。

(e) 本人/吾等可隨時致函到美亞保險香港有限公司之私隱事務主任（地址：香港郵政總局信箱456號或電郵：cs.hk@aig.com）查閱、或要求修改本人/吾等的個人資料（美亞保險可就查閱及修改要求收取合理費用），或選擇不將本人/吾等的個人資料用作直銷用途。美亞保險私隱政策的全文載於 [www.aig.com.hk](http://www.aig.com.hk)。

**不收取推廣資料（如閣下不欲收取推廣資料，請在方格填上√號）**

Insured Signature 投保人簽署: \_\_\_\_\_ Date 日期: \_\_\_\_\_

## PAYMENT METHOD FORM 保費支付方法表

### Monthly Payment 月費付款

Please choose the payment method either by Credit Card or Autopay. 請選擇以信用咭或自動轉賬支付保費

### By Credit Card 信用咭付款

Charge my monthly premium to 請在以下的信用咭賬號扣除每月保費 (take one box only 請選擇其中一項)

Visa Card  Master Card

I/We hereby authorize AIG Insurance Hong Kong Limited to charge my/our credit card account below for all payment(s) of this policy including that/those related to its renewal(s). 本人/吾等授權美亞保險香港有限公司，經由本人/吾等下列的信用咭戶口內，扣除有關本保單的費用，包括其續保之有關費用。

<b>Credit Card No.</b> 信用咭號碼：	
<b>Expiry Date</b> 有效期至：	MM 月 YY 年
<b>Name on Credit Card</b> 持咭人姓名：	
<b>Cardholder's Signature</b> 持咭人簽名：	

### By Autopay 銀行戶口轉賬付款

<b>Authorization Agreement Form With Creditor 付款授權同意書</b> We hereby authorize my/our below-named Bank to effect transfer from my/our account to that of AIG Insurance Hong Kong Limited in accordance with such instructions as my/our Bank may receive from the AIG Insurance Hong Kong Limited from time to time. I/We agree that my/our Bank shall not be obliged to ascertain whether or not notice of any such transfer has been given to me/us. I/We jointly and severally accept full responsibility for any overdraft (or increase in existing overdraft) on my/our account which may arise as a result of any such transfer(s). I/We confirm that my/our signature(s) on this application form is/are the same as that/those for the operation of my/our Savings/Current Account to be debited for the transfer. I/We agree to notify AIG Insurance Hong Kong Limited, of any change of bank account or cancellation of payment method and further agree that should there be insufficient funds in/my our bank account to meet any transfer hereby authorized, the Bank shall be entitled, at its discretion, not to effect such transfer in which event the Bank may make the usual service charge to be paid by me/us. This authorization shall have effect until further notice. I/We agree that any notice of cancellation or variation of this authorization which I/we may give to my/our bank shall be given at least two working days prior to the date on which such cancellation/variation is to take effect and at the same time such notice shall be given to the AIG Insurance Hong Kong Limited 本人/吾等現授權本人/吾等之下述銀行，根據美亞保險香港有限公司不時給予本人/吾等之銀行之指示，自本人/吾等之賬戶內轉賬予美亞保險香港有限公司之賬戶。 本人/吾等同意本人/吾等之銀行毋須證實該等轉賬通知是否已交予本人/吾等。 如因該筆轉賬而令本人/吾等之賬戶出現透支（或令現時之透支增加），本人/吾等共同及各別承擔全部責任。 本人/吾等證明本人/吾等在此申請表格上之簽名式樣與本人/吾等之銀行賬戶簽名式樣一致。 本人/吾等同意如更改銀行賬戶或取消此付款方式時，將通知美亞保險香港有限公司。本人/吾等並同意如本人/吾等之賬戶並無足夠款項支付該等轉賬時，本人/吾等之銀行有權不予轉賬，且銀行可收取慣常之服務費用。 本授權書當繼續生效直至另行通知。 本人/吾等同意，本人/吾等取消或更改本授權書之任何通知，須於取消/改生效日最少兩個工作天之前交予本人/吾等之銀行，並同時通知美亞保險香港有限公司。	
<b>Bank Name</b> 銀行名稱	<b>Account Number</b> 銀行賬號
<b>Name of Account-holder(s) (As recorded on statement/passbook -please complete in English)</b> 戶口持有人姓名(在結單/存摺上所紀錄之名稱-請以英文填寫)	<b>Signature of Account-holder(s)</b> 戶口持有人簽名
<b>ID. Number of Account-holder(s)</b> 戶口持有人身份證明文件號碼	
<b>Witnessed By(Full Name)</b> 見證人(全名)	<b>Debtor's Reference (To be completed by the Company)</b> 債務人參考(由公司填寫)
<b>ID Number</b> 見證人身份證號碼	