

Group Critical Illness Insurance Plan Enrollment Form

團體危疾保險計劃 投保表格



Enquiry no. 查詢電話：+852 2903 9300 Fax 傳真：+852 2903 9340

Please tick the appropriate box and * delete whichever is inappropriate. 請✓適用方格及於*號刪去不適用者。

Please complete in BLOCK LETTERS. 請以英文正楷大寫填報。

I. Applicant's information 投保公司資料						
Name of applicant: 投保公司名稱：			Contact person: 聯絡人：			
Business address: 公司地址：	Room 室/單位	Floor 樓	Block 座	Building 大廈		
	Street no. & name* 街名及門牌*			District 地區	HK / KLN / NT* 香港/九龍/新界*	
Business nature: 業務性質：		Contact tel. no.: 聯絡電話：		Fax no.: 傳真號碼：		
Email address: 電郵地址：		Effective date of insurance cover: 保障生效日期：			D 日	M 月
					Y 年	

II. Eligibility of Membership 參加資格					
All present employees (employed on or before Policy Effective Date) shall be eligible for benefit 所有現職員工(受聘於保單生效日或之前)的參加資格					
<input type="checkbox"/> Upon Policy Effective Date 於保單生效日生效			<input type="checkbox"/> Follow the eligibility table as below 保障生效日期將根據下列資料而定		
Class 類別	Description (i.e. Manager or above, all staff, etc.) 類別內容(如：經理或以上·所有員工等)	Spouse Coverage 配偶保障	New Employees (employed after Policy Effective Date) 新聘員工(受聘於保單生效日之後)		
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Immediate Coverage 即時生效	Or 或	<input type="checkbox"/> After 受僱滿 _____ months of Employment 個月後生效
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Immediate Coverage 即時生效	Or 或	<input type="checkbox"/> After 受僱滿 _____ months of Employment 個月後生效
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Immediate Coverage 即時生效	Or 或	<input type="checkbox"/> After 受僱滿 _____ months of Employment 個月後生效

III. Details of insured members 受保成員資料										
Employee/Spouse Name 僱員/配偶姓名		Occupation 職業	Sex 性別 F/M	Date of birth (dd/mm/yy) 出生日期 (日/月/年)	HKID card/ Passport no.* 香港身份證/ 護照號碼*	Effective Date (dd/mm/yy) 生效日期 (日/月/年)	Relationship [#] 與受保公司之 關係 E/S	If relationship is "S", please specific name of insured employee 如關係屬"S",請填寫 受保僱員姓名	Class (if applicable) 類別 (如適用)	Sum Insured (HKD) 投保額 (港元)
Surname 姓	First Name 名									

[#] Relationship: E- Employee S- Spouse
與受保公司之關係 E- 僱員 S- 配偶

Note: 1. If more than five employees are to be covered, please provide the above information on a separate sheet.

2. Health declaration is required for each insured person for sum insured more than HKD150,000.

註：1. 如受保員工人數超過五名，請另加紙填寫以上資料。

2. 如投保額高於150,000港元，每名受保人需額外填寫健康申報表。

IV. Premium payment 繳付保費		
<input type="radio"/> By cheque 以支票繳付 (Only applicable to annual payment mode 只適用於每年繳付方式)	Cheque no. 支票號碼：	Bank name 銀行名稱：
Cheque made payable to "Zurich Insurance Company Ltd" 支票抬頭人請寫「蘇黎世保險有限公司」		
If the cheque issuer is not the applicant, please fill in the following information. 若支票發出人並非投保公司，請填寫以下資料。		
Relationship with applicant 與投保公司關係：		

VI. Notice to Customers relating to the Personal Data (Privacy) Ordinance (“Ordinance”) 有關個人資料(私隱)條例(「私隱條例」)的客戶通知

5. All customers have the right to access to, correct, or change any of their own personal information held by the Company, and in the case of policy owners and life insured, opt-out of the Company’s use and transfer of their personal information for the voluntary purposes, by request in writing to the Company’s Personal Data Privacy Officer at the address below. Requests for opt-out must state clearly the full name, identity document number, policy number, telephone number and address of the person making such request. Policy owners and insured persons may otherwise delete both the above paragraphs 3 and 4 (*in italics*) to indicate their wish to opt-out altogether.
- Personal Data Privacy Officer
26/F, One Island East
18 Westlands Road
Island East
Hong Kong
6. In accordance with the Ordinance, the Company has the right to charge a reasonable fee for processing any data access request.
7. In the event of any discrepancy or inconsistencies between the English and Chinese versions of this notice, the English version shall prevail.
1. 由 Zurich Insurance Company Ltd (「本公司」) 收集或持有的客戶(包括保單持有人、受保人、受益人、保費付款人、信託人、保單受讓人及索償人) 個人資料，均可供本公司使用作以下**強制性用途**，以便為客戶提供服務(否則本公司將無法為未能提供所需資料的客戶提供服務)：
- 1) 辦理、調查(及協助他人調查)和決定保險申請、保險索償及提供持續的保險服務；
 - 2) 辦理付款要求及直接付款授權；
 - 3) 處理任何對客戶的索償、訴訟及/或司法程序；以及行使本公司的權利(詳情見適用保單條款所定)，包括但不限於代位權；
 - 4) 編撰統計數字，或作會計及精算用途；
 - 5) 符合對本公司及/或其所屬集團(「蘇黎世保險集團」)具約束力的任何本地或外國法例、規則、守則或指引的披露規定及如需要時進行核對程序；
 - 6) 遵循香港法院及監管機構作出的合法要求或指令，包括但不限於保險業監理處、香港保險業聯會、核數師、政府組織和政府相關機構；
 - 7) 債務追討；
 - 8) 便利本公司的認可服務供應商，就上述目的為本公司及/或客戶提供服務；及
 - 9) 使本公司的實際或建議承讓人能夠評核擬進行涉及有關轉讓的交易。
2. 本公司可就**強制性用途**，向以下於香港境內或境外的人士提供任何客戶個人資料：
- 1) 蘇黎世保險集團成員公司，或任何進行保險或再保險相關業務的其他公司或中介人；
 - 2) 任何向蘇黎世保險集團提供行政、電訊、電腦、付款或其他與其業務運作有關的服務的代理人、承包商或第三方服務供應商；
 - 3) 第三方服務供應商，包括法律顧問、會計師、調查員、理賠師、再保公司、醫護及復康顧問、考察員、專家、維修人員、及資料處理者；
 - 4) 信貸諮詢機構，而在客戶欠賬時，任何債務追收代理或進行索償或調查服務的公司；
 - 5) 根據對蘇黎世保險集團或其任何關連機構具約束力的任何法例，及就任何由政府、監管或其他機關所頒佈且蘇黎世保險集團或其任何關連機構預期須遵守的任何規例、守則或指引而言，蘇黎世保險集團有責任向其作出披露的任何人士；
 - 6) 根據主管司法權區的法院的任何頒令的任何人士；及
 - 7) 蘇黎世保險集團的任何實際或建議承讓人或蘇黎世保險集團對保單持有人的權利的受讓人。
3. 由本公司收集或持有的保單持有人及受保人的某些個人資料，特別是姓名、聯絡資料、年齡、性別、身份證明文件資料、婚姻狀況、保單資料、索償資料、及醫療紀錄等，均可供本公司使用作以下**自願性用途**：
- 1) 為蘇黎世保險集團及/或與本公司維持業務引薦關係或其他安排之其他金融服務供應商的保險及/或金融產品及服務，及/或其他商業合作伙伴之相關服務，提供市場推廣資料及進行直接市場推廣活動；
 - 2) 進行客戶研究分析及分層；及
 - 3) 就蘇黎世保險集團的服務及保險產品發展進行市場調查及保險研究。
- 未經客戶同意，本公司不得使用任何客戶的個人資料作上述自願性用途。在未有收到任何「反對」要求，本公司將把有關保險申請及持續投保，視作有關保單持有人及受保人之不反對本公司使用其個人資料作上述自願性用途。
4. 經保單持有人及受保人書面同意後，本公司可就上述**自願性用途**，向以下於香港境內或境外的人士提供其某些個人資料，特別是姓名、聯絡資料、年齡、性別、保單持有人及受保人的保單資料等：
- 1) 蘇黎世保險集團成員公司；
 - 2) 與本公司維持業務引薦關係或其他安排的其他銀行/金融機構、商業或慈善組織；
 - 3) 第三方市場推廣服務供應商及保險中介人。
- 未經客戶書面同意，本公司不得向任何第三方提供有關客戶(特別指保單持有人及受保人)的個人資料作上述自願性用途。
5. 所有客戶均有權以書面向本公司之個人資料私隱主任(地址如下)要求查閱、修正及/或更改由本公司所持有有關其本身的任何個人資料。如保單持有人及受保人欲反對本公司使用及提供其個人資料作上述自願性用途，亦可向本公司提出，並於有關反對要求中清楚註明要求人士之全名、身份證明文件編號、保單編號、電話號碼和地址。保單持有人及受保人亦可同時刪劃以上第3及4段(見斜字)以提出有關所有自願性用途之反對要求。
- 個人資料私隱主任
香港港島東華蘭路18號
港島東中心26樓
6. 根據私隱條例，本公司有權收取合理費用，藉以處理任何資料的查閱要求。
7. 本通知的中英文版本如有任何歧異或不一致，概以英文版為準。

I/We confirm that all information provided by me/us in this application form is true, correct and accurate. I/We further confirm my/our agreement to all sections in this application form, including without limitation, the above Declaration and the Notice to Customers relating to the Personal Data (Privacy) Ordinance (“Ordinance”).
本人/吾等確認由本人/吾等於此申請表格提供之所有資料均為事實正確無誤。本人/吾等更確認同意本申請表格內之所有部分，包括但不限於上列之聲明細則及有關個人資料(私隱)條例(「私隱條例」)的客戶通知。

<input type="checkbox"/>	Signature of proposer: 投保人簽署：	Date 日期：	D 日	M 月	Y 年
--------------------------	----------------------------------	----------	-----	-----	-----