



VEB - 2022

僱員自購保障 - 轉介計劃

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，本計劃將提供高達澳門元 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澳門元 1,500，每保單年度累積賠償限額最高為澳門元 3,000，但以所選擇之每次意外醫療費用保障額為上限。

適用於文職人士			每月保費表(澳門元)			
單位	意外死亡及永久傷殘保障	保額(澳門元) 每次意外醫療費用保障	個人保障	個人及配偶	家庭保障	個人及子女
1	\$200,000	\$3,000	\$32	\$64	\$64	\$32
2	\$400,000	\$6,000	\$53	\$106	\$106	\$53
3	\$600,000	\$9,000	\$73	\$146	\$146	\$73
4	\$800,000	\$12,000	\$94	\$188	\$188	\$94
5	\$1,000,000	\$15,000	\$114	\$228	\$228	\$114

適用於非文職人士			每月保費表(澳門元)			
單位	意外死亡及永久傷殘保障	保額(澳門元) 每次意外醫療費用保障	個人保障	個人及配偶	家庭保障	個人及子女
1	\$200,000	\$3,000	\$40	\$80	\$80	\$40
2	\$400,000	\$6,000	\$66	\$132	\$132	\$66
3	\$600,000	\$9,000	\$91	\$183	\$183	\$91
4	\$800,000	\$12,000	\$116	\$233	\$233	\$116
5	\$1,000,000	\$15,000	\$143	\$286	\$286	\$143

* 配偶之所有保障利益均與投保人相同。

* 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，但以所選擇的每次意外醫療費用保障為上限。

* 當選購「個人及配偶」或「家庭保障」，如投保者當中一人或以上為非文職人士，則以「非文職人士」保費為準。

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 (澳門元)			
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) (澳門元)			
	個人	個人及配偶	家庭保障	個人及子女
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投保人相同。

* “個人及配偶”、“家庭保障”及“個人及子女”之保費乃根據投保人投保時之實際年齡計算。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 (澳門元)	\$100,000	\$200,000	\$300,000	\$400,000	\$500,000

投保人年齡	每一單位保費 (每月)(澳門元)				
	個人		個人及子女		個人及配偶 / 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投保人相同；而每名子女的保障為投保人15%的保障利益。

* “個人及子女”、“家庭/個人及配偶”之保費乃根據投保人投保時之實際年齡計算。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. 帕金森症
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%或澳門元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 (澳門元)	計劃 B (澳門元)
1. 意外死亡及永久傷殘 (請參閱第1頁之意外死亡及永久傷殘賠償表)	\$150,000	\$300,000
2. 意外醫療費用賠償	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.
2a.) 意外醫療費用	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。
2b.) 跌打及針灸治療費用 (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。
3. 每日住院現金保障	每日\$200	每日\$300
4. 特別護理保障	每月\$2,500，最高達 60 個月	每月\$5,000，最高達 60 個月
5. 骨折保障* (請參閱下列之骨折賠償表)	最高\$75,000	最高\$150,000

每月保費 (澳門元) (每名投保人)	
計劃 A	\$112
計劃 B	\$205

* 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)
骨折*種類	
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歲之投保人本人、配偶均可參加本「自購保障計劃」，其後可續保至69歲。
- 「家庭保障」包括投保人本人、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。
- 各保障所選擇的投保人選項，不論是「個人」或「個人及家庭成員」組合，必須相同。
- 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「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 (行業轉換或者轉職到高危性的行業除外) 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、中澳司機(跨越澳門及中國大陸)、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、貨櫃起重機操作員、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(澳門分行) - 澳門商業大馬路 251A-301 號友邦廣場 5 樓 506 室

電話: 2835 5602 傳真: 2835 5299 (免費熱線 0800227)

星期一至五，上午八時四十五分至一時，下午二時三十分至五時十五分(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(澳門分行)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。



**Voluntary Employee Benefits
Referral Plan
僱員自購保障 - 轉介計劃
Application Form
申請表**

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

A. Insured Personal Particulars 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 _____ 就職公司 _____
Chinese Name : _____ **I.D. No. :** _____ **Company:** _____
 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

	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(✓)

All Covers must have the same option of insured for Individual only, or same combination of insureds for Individual and Family member(s) (please refer to the example as below) (各保障所選擇的投保人選項，不論是「個人」或「個人及家庭成員」組合，必須相同) (請參閱以下例子)。

Example: If the insured option in "Personal Accident Cover" is "Family", the insured option of all other Covers must also be "Family".

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"

(Clerical customers 適用於文職人士)		Personal Accident Cover 個人意外保障			
Unit 單位	Individual 個人	Individual + Spouse 個人及配偶	Family Coverage 家庭	Individual + Child(ren) 個人及子女	Monthly Premium 每月保費
1	<input type="checkbox"/> MOP 32	<input type="checkbox"/> MOP 64	<input type="checkbox"/> MOP 64	<input type="checkbox"/> MOP 32	
2	<input type="checkbox"/> MOP 53	<input type="checkbox"/> MOP 106	<input type="checkbox"/> MOP 106	<input type="checkbox"/> MOP 53	
3	<input type="checkbox"/> MOP 73	<input type="checkbox"/> MOP 146	<input type="checkbox"/> MOP 146	<input type="checkbox"/> MOP 73	
4	<input type="checkbox"/> MOP 94	<input type="checkbox"/> MOP 188	<input type="checkbox"/> MOP 188	<input type="checkbox"/> MOP 94	
5	<input type="checkbox"/> MOP 114	<input type="checkbox"/> MOP 228	<input type="checkbox"/> MOP 228	<input type="checkbox"/> MOP 114	
Sub-Total 共計					

(Non - Clerical customers 適用於非文職人士)		Personal Accident Cover 個人意外保障			
Unit 單位	Individual 個人	Individual + Spouse 個人及配偶	Family Coverage 家庭	Individual + Child(ren) 個人及子女	Monthly Premium 每月保費
1	<input type="checkbox"/> MOP 40	<input type="checkbox"/> MOP 80	<input type="checkbox"/> MOP 80	<input type="checkbox"/> MOP 40	
2	<input type="checkbox"/> MOP 66	<input type="checkbox"/> MOP 132	<input type="checkbox"/> MOP 132	<input type="checkbox"/> MOP 66	
3	<input type="checkbox"/> MOP 91	<input type="checkbox"/> MOP 183	<input type="checkbox"/> MOP 183	<input type="checkbox"/> MOP 91	
4	<input type="checkbox"/> MOP 116	<input type="checkbox"/> MOP 233	<input type="checkbox"/> MOP 233	<input type="checkbox"/> MOP 116	
5	<input type="checkbox"/> MOP 143	<input type="checkbox"/> MOP 286	<input type="checkbox"/> MOP 286	<input type="checkbox"/> MOP 143	
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	Individual 個人	Individual + Spouse 個人及配偶	Family Coverage 家庭	Insured + Child(ren) 個人及子女	Unit 單位	Monthly Premium 每月保費
18-25	<input type="checkbox"/> MOP 24	<input type="checkbox"/> MOP 47	<input type="checkbox"/> MOP 59	<input type="checkbox"/> MOP 35	X	
26-30	<input type="checkbox"/> MOP 27	<input type="checkbox"/> MOP 54	<input type="checkbox"/> MOP 68	<input type="checkbox"/> MOP 41	X	
31-35	<input type="checkbox"/> MOP 29	<input type="checkbox"/> MOP 59	<input type="checkbox"/> MOP 74	<input type="checkbox"/> MOP 44	X	
36-40	<input type="checkbox"/> MOP 31	<input type="checkbox"/> MOP 62	<input type="checkbox"/> MOP 78	<input type="checkbox"/> MOP 47	X	
41-45	<input type="checkbox"/> MOP 36	<input type="checkbox"/> MOP 71	<input type="checkbox"/> MOP 89	<input type="checkbox"/> MOP 54	X	
46-50	<input type="checkbox"/> MOP 43	<input type="checkbox"/> MOP 86	<input type="checkbox"/> MOP 107	<input type="checkbox"/> MOP 64	X	
51-55	<input type="checkbox"/> MOP 53	<input type="checkbox"/> MOP 105	<input type="checkbox"/> MOP 132	<input type="checkbox"/> MOP 79	X	
56-60	<input type="checkbox"/> MOP 59	<input type="checkbox"/> MOP 119	<input type="checkbox"/> MOP 149	<input type="checkbox"/> MOP 89	X	
61-65	<input type="checkbox"/> MOP 77	<input type="checkbox"/> MOP 154	<input type="checkbox"/> MOP 192	<input type="checkbox"/> MOP 115	X	
Sub-Total 共計						

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

- Premium will be based on the entry age of the Insured. Premium for the whole "Daily Hospital Income Benefit" and/or "Critical Illness Cover" will then be calculated based on the sum insured at the time of benefit upgrade.
- 根據投保人之年齡收取保費。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之單位再作計算。
- Insured must enroll first as the Insured before their immediate family members enroll the plan
投保人本人須先行投保，其配偶、子女方可參與此計劃。
- Family includes Insured, spouse, and all their age 6 months to 21 dependent children or renew up to age 25 for a full-time student.
家庭保障包括投保人本人、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。

Total Monthly Premium 每月總保費：

MOP

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

Declaration & Authorization 聲明及授權

Applicant's Declaration:

1. I/We agree that AIG Insurance Hong Kong Limited (Macau Branch) (hereinafter called "the Company"), reserves its right to accept or reject my/our application for an insurance. If my/our application is accepted and approved by the Company, the policy/policies will become effective.
2. I/We agree that this Application Form shall be the basis of the insurance contract(s) between myself/ourselves and the Company. I/We declare that the information provided in this application is true, correct and complete to the best of my/our knowledge and belief.
3. I/We agree that the statements in the Application Form shall form part of this application, and shall be the basis for the underwriting thereof. I/We understand that if there is any change of the information provided herein by me/us, I/weshall inform the Company of the same immediately. Any failure of disclosure of the change may affect the acceptance and assessment of or invalidate the insurance you require.
4. I/We agree that if there is any inaccurate or misleading information provided in this application, the Company has the right to reject all claims and treat any insurance issued void from inception.
5. In the event of differences between the English and Chinese version of this Application Form, the English version shall prevail. It is also understood that the insurance policy/policies relevant to this Application Form is/are issued in English only and will be binding upon this application being accepted and approved by the Company.
6. I/We DECLARE and AGREE that any personal data and other information relating to me/us or my/our policy(ies) contained in this application or collected, obtained, compiled or held by the Company by any means from time to time may be used, maintained, processed, stored, transferred, disclosed and/or shared by the Company for the purposes of processing, administering, implementing and effecting the requests or transactions contemplated in this application or any other applications made by me/us from time to time, promoting or providing subsequent or other services or products to me/us, direct marketing, data matching and/or communicating with me/us. I/We further DECLARE and AGREE that the Company may transfer, disclose, grant access of or share such personal data and other information to or with individuals, entities and/or organizations associated with the Company and/or to or with third parties (including, without limitation, reinsurance companies, claims investigation companies, industry associations or federations, fund management companies, financial institutions, or service providers) selected by the Company, in each case whether within or outside of Macau, for any of the aforesaid purposes and/or for the purposes of providing administrative, data processing, data maintenance or storage, telecommunications, computer, payment or other services to the Company in connection with the operation of its business. I/We understand that I/we have the right to obtain access to and to request correction of my/our personal data held or controlled by the Company. Such request can be made to Data Privacy Officer at Unit 506, 5/F, AIA Tower, No. 251A-301, Avenida Comercial de Macau. If I/We do not wish to receive marketing information or materials, I/We will send an opt-out notice to the Company, in which case my/our personal data and other information would be included in a centralized customer opt-out list that may be shared amongst the Company's associated partners for reference.

投保人聲明

1. 本人 / 本公司同意美亞保險香港有限公司(澳門分行)(以下簡稱為“貴公司”)，保留一切接納申請與否之權利，並明白申請一經接納及批核，保障立即生效。
2. 本人 / 本公司同意此投保表格為本人 / 本公司與貴公司訂立保險契約之根據。本人 / 本公司特此聲明此投保表格內所填報之資料，據本人 / 本公司所知並確定全部正確無訛、完整及足夠。
3. 本人 / 本公司同意此投保表格內填寫的內容，均視為本投保申請之一部份，亦為貴公司核保之根據。本人 / 本公司明白若於此投保表格內提供的資料有任何更改，本人 / 本公司須立即通知貴公司。若未有如實披露有關更改，均可能引致貴公司拒絕接受有關投保申請或影響貴公司評估本人 / 本公司的有關申請，甚至取消合約。
4. 本人 / 本公司同意在填寫此投保表格及其他有關資料時，若有任何陳述或資料為不實或有誤導之處，貴公司則有權拒絕作出賠償，而該保單亦由受保日期起無效。
5. 本人 / 本公司同意如本文之中文譯本於意義上遇到任何爭議，一概以英文版本為準；有關此投保表格的保單，只會以英文發出；而保單將於此投保申請為貴公司接納及核實之時生效。
6. 本人 / 本公司現聲明並同意貴公司可使用、保留、處理、儲存、轉交、透露及 / 或共用貴公司所收集、索取、整理或保留在此申請表所載或從其他途徑取得之任何有關本人 / 本公司的個人資料或其他有關本人 / 本公司的保單的資料，用作處理、管理、落實及實行在此申請表所載或本人 / 本公司從任何其他申請表所提出之要求，及介紹或提供其稍後或其他的服務或產品予本人 / 本公司、直接促銷、資料核對及 / 或聯絡本人 / 本公司之用途。本人 / 本公司再聲明並同意貴公司可向與貴公司有關的澳門或海外人士、團體及 / 或機構及 / 或任何被選的第三機構（包括並不限於再保險及賠償調查公司，及有關的行業協會 / 聯會、基金管理公司、金融機構或提供有關服務之公司）轉交、透露、授權取得或共用本人 / 本公司之個人或其他資料，用作以上列明之用途及 / 或貴公司業務運作之用，包括行政、資料處理、資料保存或儲存、通訊、電腦、付款或其他服務。本人 / 本公司明白到本人 / 本公司有權向貴公司查閱及申請更改貴公司儲存或管理與本人 / 本公司有關的個人資料。有關的申請可致函澳門商業大馬路251A至301號友邦廣場5樓506室個人資料管理員辦理。若本人 / 本公司不想收到貴公司的銷售資料或刊物，本人 / 本公司會發出信函通知貴公司，而本人 / 本公司的個人或其他資料會存於貴公司之中央資料檔內的非聯絡客戶名單，並會供貴公司及有關人士 / 機構作參考。

Insured Signature 投保人簽署: _____ Date 日期: _____

Producer Name: 中介人姓名	Producer Code: 中介人編號:	Tel No: 聯絡電話:
Referrer Name: 推介人姓名:	Referrer Policy No.: 推介人保單號碼:	Tel No: 聯絡電話:



**Voluntary Employee Benefits
Referral Plan**

僱員自購保障 - 轉介計劃

**Optional Senior Care Protection Plan
Application Form**

額外保障 - 頤康樂申請表

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

A. Insured Personal Particulars 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 _____ 就職公司 _____
Chinese Name : _____ **I.D. No. :** _____ **Company :** _____
 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
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
	_____	<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"/> MOP 112		<input type="checkbox"/> MOP 205	

Total Monthly Premium 每月總保費 :

MOP

- Insured must join the "VEB" first before his/her parent(s) and/or parent(s)-in-law to join in.
投保人須先行投保「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 will be based on the entry age of the Insured.
根據投保人之年齡收取保費。

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

Declaration & Authorization 聲明及授權

Applicant's Declaration:

1. I/We agree that AIG Insurance Hong Kong Limited (Macau Branch) (hereinafter called "the Company"), reserves its right to accept or reject my/our application for an insurance. If my/our application is accepted and approved by the Company, the policy/policies will become effective.
2. I/We agree that this Application Form shall be the basis of the insurance contract(s) between myself/ourselves and the Company. I/We declare that the information provided in this application is true, correct and complete to the best of my/our knowledge and belief.
3. I/We agree that the statements in the Application Form shall form part of this application, and shall be the basis for the underwriting thereof. I/We understand that if there is any change of the information provided herein by me/us, I/we shall inform the Company of the same immediately. Any failure of disclosure of the change may affect the acceptance and assessment of or invalidate the insurance you require.
4. I/We agree that if there is any inaccurate or misleading information provided in this application, the Company has the right to reject all claims and treat any insurance issued void from inception.
5. In the event of differences between the English and Chinese version of this Application Form, the English version shall prevail. It is also understood that the insurance policy/policies relevant to this Application Form is/are issued in English only and will be binding upon this application being accepted and approved by the Company.
6. I/We DECLARE and AGREE that any personal data and other information relating to me/us or my/our policy(ies) contained in this application or collected, obtained, compiled or held by the Company by any means from time to time may be used, maintained, processed, stored, transferred, disclosed and/or shared by the Company for the purposes of processing, administering, implementing and effecting the requests or transactions contemplated in this application or any other applications made by me/us from time to time, promoting or providing subsequent or other services or products to me/us, direct marketing, data matching and/or communicating with me/us. I/We further DECLARE and AGREE that the Company may transfer, disclose, grant access of or share such personal data and other information to or with individuals, entities and/or organizations associated with the Company and/or to or with third parties (including, without limitation, reinsurance companies, claims investigation companies, industry associations or federations, fund management companies, financial institutions, or service providers) selected by the Company, in each case whether within or outside of Macau, for any of the aforesaid purposes and/or for the purposes of providing administrative, data processing, data maintenance or storage, telecommunications, computer, payment or other services to the Company in connection with the operation of its business. I/We understand that I/we have the right to obtain access to and to request correction of my/our personal data held or controlled by the Company. Such request can be made to Data Privacy Officer at Unit 506, 5/F, AIA Tower, No. 251A-301, Avenida Comercial de Macau. If I/We do not wish to receive marketing information or materials, I/We will send an opt-out notice to the Company, in which case my/our personal data and other information would be included in a centralized customer opt-out list that may be shared amongst the Company's associated partners for reference.

投保人聲明

1. 本人 / 本公司同意美亞保險香港有限公司(澳門分行)(以下簡稱為“貴公司”)，保留一切接納申請與否之權利，並明白申請一經接納及批核，保障立即生效。
2. 本人 / 本公司同意此投保表格為本人 / 本公司與貴公司訂立保險契約之根據。本人 / 本公司特此聲明此投保表格內所填報之資料，據本人 / 本公司所知並確定全部正確無訛、完整及足夠。
3. 本人 / 本公司同意此投保表格內填寫的內容，均視為本投保申請之一部份，亦為貴公司核保之根據。本人 / 本公司明白若於此投保表格內提供的資料有任何更改，本人 / 本公司須立即通知貴公司。若未有如實披露有關更改，均可能引致貴公司拒絕接受有關投保申請或影響貴公司評估本人 / 本公司的有關申請，甚至取消合約。
4. 本人 / 本公司同意在填寫此投保表格及其他有關資料時，若有任何陳述或資料為不實或有誤導之處，貴公司則有權拒絕作出賠償，而該保單亦由受保日期起無效。
5. 本人 / 本公司同意如本文之中文譯本於意義上遇到任何爭議，一概以英文版本為準；有關此投保表格的保單，只會以英文發出；而保單將於此投保申請為貴公司接納及核實之時生效。
6. 本人 / 本公司現聲明並同意貴公司可使用、保留、處理、儲存、轉交、透露及 / 或共用貴公司所收集、索取、整理或保留在此申請表所載或從其他途徑取得之任何有關本人 / 本公司的個人資料或其他有關本人 / 本公司的保單的資料，用作處理、管理、落實及實行在此申請表所載或本人 / 本公司從任何其他申請表所提出之要求，及介紹或提供其稍後或其他的服務或產品予本人 / 本公司、直接促銷、資料核對及 / 或聯絡本人 / 本公司之用途。本人 / 本公司再聲明並同意貴公司可向與貴公司有關的澳門或海外人士、團體及 / 或機構及 / 或任何被選的第三機構（包括並不限於再保險及賠償調查公司，及有關的行業協會 / 聯會、基金管理公司、金融機構或提供有關服務之公司）轉交、透露、授權取得或共用本人 / 本公司之個人或其他資料，用作以上列明之用途及 / 或貴公司業務運作之用，包括行政、資料處理、資料保存或儲存、通訊、電腦、付款或其他服務。本人 / 本公司明白到本人 / 本公司有權向貴公司查閱及申請更改貴公司儲存或管理與本人 / 本公司有關的個人資料。有關的申請可致函澳門商業大馬路 251A 至 301 號友邦廣場 5 樓 506 室個人資料管理員辦理。若本人 / 本公司不想收到貴公司的銷售資料或刊物，本人 / 本公司會發出信函通知貴公司，而本人 / 本公司的個人或其他資料會存於貴公司之中央資料檔內的非聯絡客戶名單，並會供貴公司及有關人士 / 機構作參考。

Insured Signature 投保人簽署: _____

Date 日期: _____

Producer Name: 中介人姓名	Producer Code: 中介人編號:	Tel No: 聯絡電話:
Referrer Name: 推介人姓名:	Referrer Policy No.: 推介人保單號碼:	Tel No: 聯絡電話:

PAYMENT METHOD FORM

保費支付方法表

PAYMENT METHOD FORM 保費支付方法

• Please choose the payment method either by Credit Card or by Autopay for monthly payment. (Autopay is only Available to Account Holder of OCBC Wing Hang Bank Limited or Banco Nacional Ultramarino.)
請選擇以信用卡或銀行自動轉賬支付每月保費。(銀行自動轉賬只適用於永亨銀行或大西洋銀行存戶)

By Credit Card 信用卡付款

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

Visa Card 

Master Card 

UnionPay 

only applicable to UnionPay cards issued by Hong Kong or Macau issuing bank 只適用於香港及澳門發給銀行所發的銀聯信用卡

I/We hereby authorize AIG Insurance Hong Kong Limited (Macau Branch) 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(澳門分行),經由本人/吾等下列的信用卡戶口內,扣除有關本保單的費用,包括其續保之有關費用。

Credit card No. 信用卡號碼:	
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:	

DIRECT DEBIT AUTHORIZATION 直接付款授權書

Please complete and return this form to the party to be credited. 請依次填寫並將此授權書交給收款之一方

Name of party to be credited (The Beneficiary) 收款之一方(受益人) AIG Insurance Hong Kong Limited (Macau Branch)	Bank Name 銀行名稱 OCBC Wing Hang Bank Limited	Account No. to be credited 收款賬戶之號碼 780199-001
---	---	--

Authorization Agreement Form With Creditor 付款授權同意書

I/We hereby authorize my/our below named Bank of effect transfers from my/our account to that of the above named beneficiary in accordance with such instructions as my/our Bank may receive from the beneficiary 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 agree that should there be insufficient funds in my/our bank account to meet any transfer hereby authorised, my/our Bank shall be entitled, in its discretion, not to affect such transfer in which event the bank may the usual charge and that it may cancel this authorization at any time on one week's written notice.

This authorisation 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 seven working days prior to the date on which such cancellation/variation is to take effect.

I/we agree that if this authorization form is not directly sent to my/our bank, I/We agree to take all legal or/and economic responsibilities caused by disclosing the details of the said form to any other third party. Under on circumstances my/our bank shall be responsible.

本人/吾等現授權本人/吾等之以下銀行, (根據受益人不時給予本人/吾等之銀行之指示)自本人/吾等之賬戶內轉賬予上述受益人。

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。

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

本人/吾等同意如本人/吾等之賬戶並無足夠款項支付該等授權轉賬,本人/吾等之銀行有權不予轉賬,且銀行可收取慣常之收費,並可隨時以一星期書面通知取消本授權書。

本授權書將繼續生效至另行通知為止。

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/更改生效日最少七個工作天之前予本人/吾等之銀行。

本人/吾等同意如由於本授權書並非直接交予本人/吾等之銀行以致本授權書上所載之資料披露予第三者,知悉由此引起之任何法律或其他經濟責任由本人/吾等承擔與本人/吾等之銀行無涉。

My / Our Bank Name and Branch 本人/吾等之銀行及分行之名稱	OCBC Wing Hang Bank Limited	My/Our Account No. 本人/吾等之賬戶號碼
My/Our Name as recorded on Statement/Passbook 本人/吾等在結單/存摺上所紀錄之名稱		My/Our Signature(s) 戶口持有人簽名
My/Our Address as recorded on Statement / Passbook 本人/吾等在結單/存摺上所紀錄之地址		
Name of Insured 被保人之姓名	Certificate Number 保單號碼	Date 日期
For Bank Use Only 以下由銀行填寫		Signature Verified

Note 附註:

Please ensure that you sign the form in the usual way that you would sign on your Bank Account.
請保證 貴戶在此授權書內之簽名,與銀行賬戶所簽者完全相同。

PAYMENT METHOD FORM

保費支付方法表

PAYMENT METHOD FORM 保費支付方法

- Please choose the payment method either by Credit Card or by Autopay for monthly payment. (Autopay is only Available to Account Holder of Banco Weng Hang, S.A. or Banco Nacional Ultramarino.)
請選擇以信用卡或銀行自動轉賬支付每月保費。(銀行自動轉賬只適用於永亨銀行或大西洋銀行存戶)

DIRECT DEBIT AUTHORIZATION 直接付款授權書

Please complete and return this form to the party to be credited. 請依次填寫並將此授權書交給收款之一方

Name of party to be credited (The Beneficiary) 收款之一方(受益人) AIG Insurance Hong Kong Limited (Macau Branch)	Bank Name 銀行名稱 Banco Nacional Ultramarino	Account No. to be credited 收款賬戶之號碼 9008957-312
--	---	--

Authorization Agreement Form With Creditor 付款授權同意書

I/We hereby authorise my/our below named Bank of effect transfers from my/our account to that of the above named beneficiary in accordance with such instructions as my/our Bank may receive from the beneficiary 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 agree that should there be insufficient funds in my/our bank account to meet any transfer hereby authorised, my/our Bank shall be entitled, in its discretion, not to affect such transfer in which event the bank may the usual charge and that it may cancel this authorization at any time on one week's written notice.

This authorisation 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 seven working days prior to the date on which such cancellation/variation is to take effect.

I/we agree that if this authorization form is not directly sent to my/our bank, I/We agree to take all legal or/and economic responsibilities caused by disclosing the details of the said form to any other third party. Under on circumstances my/our bank shall be responsible.

本人 / 吾等現授權本人 / 吾等之以下銀行，(根據受益人不時給予本人 / 吾等之銀行之指示)自本人 / 吾等之賬戶內轉賬予上述受益人。

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。

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

本人 / 吾等同意如本人 / 吾等之賬戶並無足夠款項支付該等授權轉賬，本人 / 吾等之銀行有權不予轉賬，且銀行可收取慣常之收費，並可隨時以一星期書面通知之取消本授權書。

本授權書將繼續生效至另行通知為止。

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 / 更改生效日最少七個工作天之前予本人 / 吾等之銀行。

本人 / 吾等同意如由於本授權書並非直接交予本人 / 吾等之銀行以致本授權書上所載之資料披露予第三者，知悉由此引起之任何法律或其他經濟責任由本人 / 吾等承擔與本人 / 吾等之銀行無涉。

My / Our Bank Name and Branch 本人/吾等之銀行及分行之名稱	Banco Nacional Ultramarino	My/Our Account No. 本人/吾等之賬戶號碼	
My/Our Name as recorded on Statement/Passbook 本人/吾等在結單/存摺上所紀錄之名稱		My/Our Signature(s) 戶口持有人簽名	
My/Our Address as recorded on Statement / Passbook 本人/吾等在結單/存摺上所紀錄之地址			
Name of Insured 被保人之姓名		Certificate Number 保單號碼	Date 日期
For Bank Use Only 以下由銀行填寫			Signature Verified

Note 附註:

Please ensure that you sign the form in the usual way that you would sign on your Bank Account.
請保證 貴戶在此授權書內之簽名，與銀行賬戶所簽者完全相同。