

新增附加保障申請書 (只限保險代理)

請於適當之空格內加上 號 新申請 跟進文件

保單編號	受保人姓名	保單持有人姓名
------	-------	---------

此表格只適用於為受保人新增附加保障。如閣下欲為其他受保人申請新增附加保障 (例如申請兒童保障利益), 請填寫更改保單事項通知書及投保資料申報書。核保 (如有需要) 會依據公司最近期的紀錄。如有任何關於個人 / 財務資料的改變, 請遞交更改保單事項通知書。

如為中國客戶申請「安康健」危疾附加保障系列/星級「倍康健」早期危疾保障/「倍康泰」癌症保障/住院及手術保障/住院現金保障/「安心之選」升級醫療保障, 請填寫危疾/癌症/醫療/意外計劃附加申請書 (NB350)。

根據相關法律及監管機構就防止洗錢及恐怖分子資金籌集活動的規定, 本公司必須收集您的身份資料。如保單持有人之身份證明文件之前未曾提供或已更新, 請向我們遞交最新及有效之身份證明文件副本以作紀錄。

1. 新保障額必須為保單貨幣。

生效日期 _____ / _____ (月/年)

危疾保障	「安康健」危疾保障		星級「倍康健」早期危疾保障 (基本選擇)	
	<input type="checkbox"/> CIBL-BASIC	<input type="checkbox"/> CIBR-BASIC	新保障額 _____	<input type="checkbox"/> ECPR <input type="checkbox"/> ESCR
	<input type="checkbox"/> CIBL-BASIC-PRC	<input type="checkbox"/> CIBR-BASIC-PRC		<input type="checkbox"/> ECPL <input type="checkbox"/> ESPL
	<input type="checkbox"/> CIBL-TERM	<input type="checkbox"/> CIBR-TERM		新保障額 _____
	「安康健」危疾全保障		星級「倍康健」早期危疾保障 (升級選擇)	
	<input type="checkbox"/> CIBPL	<input type="checkbox"/> CIBPR	新保障額 _____	<input type="checkbox"/> ECSR <input type="checkbox"/> ESSR
<input type="checkbox"/> CIBPL-PRC	<input type="checkbox"/> CIBPR-PRC		<input type="checkbox"/> ECPL <input type="checkbox"/> ESPL	
<input type="checkbox"/> CIBPL-TERM	<input type="checkbox"/> CIBPR-TERM		新保障額 _____	
醫療保障	「安康健」危疾智全保障		星級「倍康健」多重危疾保障	
	<input type="checkbox"/> CIBSL	<input type="checkbox"/> CIBSR	新保障額 _____	<input type="checkbox"/> MCI <input type="checkbox"/> MCC
	<input type="checkbox"/> CIBSL-PRC	<input type="checkbox"/> CIBSR-PRC		新保障額 _____
	「倍康泰」癌症保障計劃			
	<input type="checkbox"/> RCBR	<input type="checkbox"/> RCBRC	<input type="checkbox"/> 計劃 1 <input type="checkbox"/> 計劃 2	
個人保障 / 意外	住院現金保障 (HC)		住院及手術保障	
	新每日住院現金 _____		<input type="checkbox"/> HS09	<input type="checkbox"/> 保障一 (私家房) <input type="checkbox"/> 特級保障一 (私家房)
	「安心之選」升級醫療保障計劃 (TUR)		<input type="checkbox"/> HSC9	<input type="checkbox"/> 保障二 (半私家房) <input type="checkbox"/> 特級保障二 (半私家房)
	<input type="checkbox"/> 保障一 (私家房)	<input type="checkbox"/> 保障二 (半私家房)	<input type="checkbox"/> 保障三-1 (普通病房)	<input type="checkbox"/> 特級保障三 (普通病房)
	<input type="checkbox"/> 保障三-2 (普通病房)			
其他	「兒安保」意外保障計劃		個人意外保障 - 意外死亡及傷殘保障	
	<input type="checkbox"/> JAP	新保障額 _____	<input type="checkbox"/> PAADD	新保障額 _____
	自選保障		<input type="checkbox"/> PAMB*	新保障額 _____
	<input type="checkbox"/> JAPMB*	新保障額 _____	<input type="checkbox"/> PAWAI*	新保障額 _____
* JAP 為必要附加保障, JAPMB 不能單獨選擇。		* PAADD 為必要附加保障, PAMB 及 PAWAI 不能單獨選擇。		
「智全為您」意外保障計劃 (需填寫財務需要分析 (NB205))				
<input type="checkbox"/> PAR10	<input type="checkbox"/> PAR20	新保障額 _____		
豁免繳付保費附加保障 <input type="checkbox"/> WPB		「全僱保」女性保障計劃		
「智易選」定期保障計劃		<input type="checkbox"/> LDFML	新保障額 _____	
<input type="checkbox"/> MSIR	<input type="checkbox"/> MS15R	自選保障		
<input type="checkbox"/> MS5R	<input type="checkbox"/> MS20R	<input type="checkbox"/> LDPGY*	新保障額 _____	
<input type="checkbox"/> MS10R	<input type="checkbox"/> MS25R	<input type="checkbox"/> LDFCP*	新保障額 _____	
		* LDFML 為必要附加保障, LDPGY 及 LDFCP 不能單獨選擇。		

2. 更改保障額/名義金額/附加保障 生效月份 _____ / _____ 月 年	基本計劃/附加保障	新加 [^]	刪除 [#]	增加 [^]	減少 [#]	新保障額/名義金額/類別
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
[^] 新加或增加保障額/名義金額或提升保障，需遞交“投保資料申報書”如申請自願醫保產品，請遞交NB428“安達自願醫保產品的標準核保問卷”。 [^] 新加或增加保障額的產品如有現金價值需提交建議。 [#] 刪除附加保障或減少保障額/名義金額均 不接受 追溯日期。如沒有註明生效月份，有關之申請將安排在下一個保費到期日生效或根據個別產品條款內之指定日期生效。						
目標醫療保健需要 (只適用於申請危疾及/或醫療保險產品。如非上述保險產品，請遞交財務分析表格。)	如閣下有意考慮以危疾及/或醫療保險產品以應付醫療保健需要，閣下會考慮投保以下哪種類型的危疾及/或醫療保險產品？(可選多於一項) <input type="checkbox"/> 當本人被診斷患有危疾或指定疾病時，提供一筆過保障賠償的產品。 <input type="checkbox"/> 當本人需要住院或進行手術時，實報實銷相關醫療費用的產品。 <input type="checkbox"/> 於本人住院期間，提供小額定期賠償，以補償相關損失或支付其他費用的產品。 本人確認就本人所選購的保險產品，本人已經進行了評估以確保本人有能力支付所需保費。					

問題三至二十 只適用於受保人

3. 僱主名稱: _____
4. 現任職業: _____
5. 職務: _____
6. 您過去十二個月每月平均的勞動收入?(不計算投資收入並扣除營業支出的稅前總收入)
受保人的每月薪金(港元): _____
7. 您是否在其他保險公司持有任何現已生效或審核中之保險(新申請或續保)?如「是」,請詳述金額/保障額及幣值。

	承保公司	人壽	危疾保障	傷殘入息	住院入息	每週意外定額賠償	意外保障	保單簽發日期 (月/年)
<input type="checkbox"/> 是								
<input type="checkbox"/> 否								
8. 您的保單有否曾被告無效或遭拒絕續保/您有否在投保或要求恢復保單效力時遭拒絕,或獲保險公司提供異於閣下申請之計劃、條件、金額/保障額或保費?如「是」,請詳述保險公司名稱、申請日期、金額/保障額及原因。 詳情: _____								是 否 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. 您有否參加或打算參加與工作或嗜好有關的危險運動?如「是」,請填寫有關問卷。								<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. 除假期外,您有否打算到香港以外的其他地方(包括公幹或讀書)?如「是」,請填寫原因、每年平均公幹次數、逗留時間及地點。 詳情: _____								<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

11. 請提供受保人最後一次與醫生求診資料。
- a. 醫生姓名: _____
- b. 地址: _____
- c. 電話: _____
- d. 最後求診日期(日/月/年): _____ / _____ / _____
- e. 求診原因、診斷結果及康復日期: _____

<p>12. a. 高度 _____ 米 _____ 厘米 / _____ 呎 _____ 吋</p> <p>b. 體重: _____ 公斤 / _____ 磅</p> <p>c. 過去十二個月內，您的體重有否減少5公斤 (11磅) 以上? 如「是」，請詳述減少的重量及原因。</p>	<p>是 否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>13. 此問題只適用於女性受保人。(只適用於年齡為十二歲或以上之女性)</p> <p>a. 在過去十年內，妳曾否患有或獲告知患有或因此曾經接受或將會接受盤腔器官、乳房、經期或妊娠疾病的治療? 妳現在是否懷孕? 如「是」，請註明預產日期。</p> <p>b. 妳曾否接受或被建議接受或打算接受乳房X光像、乳房或盤腔超聲波檢查、子宮頸細胞塗片檢驗、錐形切片檢查或陰道鏡檢查?</p> <p>c. 在過去十年內，妳曾否在妊娠期間患有併發病 (例如: 宮外孕、流產、瀰漫性血管內凝血、糖尿病或血壓高等)?</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>14. 此問題只適用兒童受保人。(只適用於年齡為十五歲或以下之兒童)</p> <p>a. 受保人是否早產或過期出生?</p> <p>b. 出生後曾否接受特別護理?</p> <p>c. 受保人有否身體缺陷或生理上或心智發育緩慢的跡象?</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>15. 您的父母、兄弟姊妹是否患有血液疾病、肝病(例如: 乙型肝炎帶菌者)、心臟病或多囊性腎病、中風、糖尿病、高血壓、癱瘓、後天免疫能力缺乏症或遺傳性疾病; 或因上述疾病死亡? 如「是」請提供與受保人所屬關係、疾病名稱及發病年齡。</p> <p>(i) 關係: _____ (ii) 疾病: _____ (iii) 病發年齡: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>16. a. 您是否有飲酒習慣? 如「是」，請提供種類及每週飲用量。</p> <p>種類: _____ 每週飲用量: _____</p> <p>b. 您有否或曾否服用任何麻醉劑或成癮性藥物; 或接受戒酒治療或輔導? 如「是」，請提供詳情。</p> <p>c. 您是否有或曾否在過去 十二個月內有吸食任何煙草產品? 如「有」，請註明: (1)每日平均消耗量; 及(2)吸煙年期。如已停止吸食任何煙草產品，請另行提供停止吸食之原因及日期。</p> <p>每日平均消耗量: _____ 吸煙年期: _____</p> <p>停止原因及日期: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>17. 您曾否患有或獲告知患有或因此曾經接受或將會接受以下疾病或機能失調的治療:</p> <p>a. 循環系統，包括心血管系統及淋巴系統之疾病或功能異常，例如: 胸部不適、心悸、高血壓、風濕性熱、心臟病發作、呼吸困難或血脂問題?</p> <p>b. 呼吸系統或內分泌系統之疾病或功能異常，例如: 哮喘、持久沙啞或咳嗽、糖尿病、甲狀腺疾病或功能異常?</p> <p>c. 消化系統之疾病或功能異常，如黃膽病、潰瘍、結腸炎、胃功能異常、肝疾病或功能異常(包括肝炎:請註明為何種肝炎)、腸、膽之疾病或功能異常?</p> <p>d. 泌尿系統或生殖器官疾病或功能異常，例如: 尿液異常或膀胱、前列腺、乳房、子宮、子宮頸或腎臟之疾病或功能異常?</p> <p>e. 眼或其他感官器官疾病或功能異常、暈眩、痙攣、癲癇、神經炎、癱瘓、中風、精神或其他神經系統疾病或功能異常?</p> <p>f. 畸形、跛或斷肢、關節炎、痛風或脊髓、紅斑性狼瘡、其他肌肉骨骼或自體免疫性疾病或功能異常?</p> <p>g. 癌症、腫瘤、囊腫、皮膚、淋巴結或其他血液疾病或功能異常?</p> <p>h. 經性接觸傳染之疾病或愛滋病病毒感染?</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>18. 過去五年內，您是否打算或現正、或曾被建議，或曾於任何醫院、診所或醫務所接受任何檢查(例行體檢除外)或診斷檢驗(例如: 膽固醇、後天免疫能力缺乏症、肝炎包括乙型肝炎或貧血等)?</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>19. 您曾否、或會否打算、或曾被建議就以上未提及的身體不適、疾病、病徵、機能失調、而接受輔導、檢驗、診斷、治療或藥物治療超過七天; 或因此而接受外科手術、診症或住院留醫多於三天?</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

20. 補充

如第十二至十九問題的答案為「是」，請在問題二十填寫詳情。

問題號碼	原因一性質及情況之嚴重性 (包括發病次數、斷症、治療、食用藥物、 手術及結果)	發生時間 (月/年)	已康復 (月/年)	醫生、醫院或醫療機構之名稱及地址
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

第一部份：聲明及授權

本人/吾等謹此聲明及同意 (1) 就此份申報書及任何有關問卷上的一切陳述及所有資料及對可投保性作出的聲明，包括但不限於在驗身時作出的聲明或填報的資料，不論是否本人/吾等親手所寫，就本人/吾等所知所信，均為事實之全部並確實無訛；(2) 上述問題的所有資料及此申報書，將成為保單發出的根據，並在安達人壽保險香港有限公司（「貴公司」）核準發出保單後成為保單的一部份；(3) 本人/吾等對任何人，包括但不限於此保單的壽險顧問所作出的任何聲明，如沒有在此申報書上填寫或印出，貴公司不須受其約束；(4) 由簽署此申報書當日起至批註書/確認信發出期間，本人/吾等必須及有責任向貴公司申報有關受保人的健康狀況或可投保性的轉變。如本人/吾等隱瞞以上所提及者，貴公司有權取消與本人/吾等間的保單合約；(5) 與本申報書有關的任何付款(如適用)，並不保證此申請可即時獲得接納。而所申請的保障將會在受保人在生時繳清保費後並在受保人身體健康的情況下，方為有效。**本人/吾等並授權** (i) 任何僱主、醫生、醫院、診所、保險公司、政府部門或其他機構及人士，如具有本人/吾等的任何紀錄、知識或資料，可將該等資料向貴公司或貴公司代表透露、發放或移交，用以作為該份投保書、保單復效或任何由此而提出索償申請的參考；(ii) 貴公司或貴公司委任的醫療/輔助醫療檢查員或檢驗所，就有關該份投保書、保單復效或由此而提出索償的申請，進行醫療評估或測驗，以檢定本人/吾等的健康狀況。該授權書對本人/吾等的繼承人及承讓人均有約束力，即使在本人/吾等死亡或喪失行為能力後仍然有效。該授權書的影印本具有與正本同等的效力。

第二部份：保險業監管局收取的保費徵費

按照《保險業(徵費)規例》，由2018年1月1日起，獲授權保險公司發出的保險合約下的保單持有人，須在每次繳付保費時，亦就該筆保費向該保險公司繳付訂明徵費。否則，保險業監管局可向沒有按規定繳付訂明徵費的保單持有人施加罰款。

第三部份：個人資料收集聲明及授權

就簽署此申請書，本人/吾等確認、聲明及同意安達人壽保險香港有限公司（「貴公司」）可以使用、處理、儲存、披露、轉移任何貴公司所收集或持有任何本人/吾等的個人資料至在本公司/吾等的人壽保險申請書中的個人資料收集聲明所訂明的資料轉移接收方，包括但不限於，貴公司的任何分行、附屬公司、控股公司、聯營公司或聯繫公司（「集團公司」）、其獲授權的代理人、再保險公司、理賠調查公司、理賠調查員、醫療顧問、索償代理、保險行業協會及聯會、信貸資料機構、政府或司法或監管機構或對貴公司具有法律及/或監管責任而須予以披露的任何人士，及貴公司指定的第三方代理、承包商及顧問，不論在香港及中國大陸境內或境外。此外，貴公司獲授權向保險行業協會及聯會、政府及監管機構、及醫務人員或機構取閱及/或核實任何該等機構向本人/吾等收集之個人資料。本人/吾等有責任提供此申請書上所需資料，以作為申請保單更改要求之先決條件。如未能提供所需的資料，可能會導致貴公司無法處理本申請書。有關安達人壽保險香港有限公司個人資料及私隱保障政策的詳情，請參閱安達人壽保險香港有限公司的私隱政策，網址為<https://www.chubb.com/hk-zh/footer/chubb-life-privacy-policy.html>。如欲查詢有關個人資料事宜，查閱或更正個人資料必須以書面形式向安達人壽保險香港有限公司的資料保護主任提出，並送交至香港銅鑼灣告士打道三一—號皇室大廈安達人壽大樓三十五樓。

NOTE 注意：

請勿在空白表格上簽署

簽署式樣需與保單紀錄相符

* 受保人簽署

簽署日期（日/月/年）

保單持有人簽署

簽署日期（日/月/年）

承讓入簽署

(適用於此保單已被轉讓)

不可撤銷受益人簽署

(適用於此保單若指定受益人為不可撤銷受益人)

簽署日期（日/月/年）

* 滿18歲或以上之人士必須簽署