

## PARNAS - 個人意外綜合保險投保書

<b>投保人姓名</b>			
<b>通訊地址</b>			
<b>聯絡電話</b>	(寫字樓 / 住宅 / 手電)	<b>電郵地址</b>	
<b>保單生效日期</b>	由		至
<b>被保險人</b> (年齡限制 - 18至60; 子女年齡介乎6個月至21歲, 或不超過23歲之全日制學生)			
<b>項目</b>	<b>投保人</b>	<b>配偶</b>	<b>子女</b>
姓名			
性別			
出生日期(日/月/年)			
香港身份証號碼			
職業			
工作性質/職責			
僱主名稱			
受益人/ 與被保人關係			

請回答所有問題 (請在適當空格內填上✓)

- |   |   |
|---|---|
| 1. 閣下或被保人是否經常居於香港?                                | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 2. 閣下或被保人從事的職務是否需要體力勞動或監管體力勞動?                    | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 3. 閣下或被保人現在是否已與本公司或其他公司購有任何人壽, 意外或醫療保險?           | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 4. 閣下或被保人有否在投保人壽, 意外或醫療保險時被拒絕投保或拒絕續保或附加特別條款或取消保單? | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 5. 閣下或被保人曾否在過去五年內因任何疾病或身體損傷而向保險公司要求賠償?            | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 6. 閣下或被保人之身體功能曾否有殘損? 閣下或被保人曾否患有任何精神病?             | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 7. 閣下或被保人會否參加任何危險性運動或活動?                          | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 8. 如以上2至7之問題中, 所選的答案為"是", 請詳細說明。                  |   |

## PARNAS 個人意外綜合保險

保費表			
基本保障 (請在適當空格內填上✓)			
保費 (港幣)	卓越計劃	行政計劃	至尊計劃
投保人	<input type="checkbox"/> 560	<input type="checkbox"/> 1,120	<input type="checkbox"/> 2,240
投保人及配偶	<input type="checkbox"/> 980	<input type="checkbox"/> 1,960	<input type="checkbox"/> 3,920
家庭	<input type="checkbox"/> 1,232	<input type="checkbox"/> 2,464	<input type="checkbox"/> 4,928
選擇性保障 暫時性完全喪失工作能力 (只限投保人)			
投保額 (每週) 港幣	保費 (保費率20% X 投保額) 港幣		
總保費	港幣		

### 重要事項

閣下必須在其知悉範圍內提供所有有關會影響保險公司接納或釐定此保單條文的資料，如對應透露的資料有任何疑問，請即向本公司或閣下的保險中介人查詢。我們建議閣下將有關的資料作紀錄(包括此投保書)，以備日後作參巧之用。為確保閣下的利益，閣下應如實呈報所有有關資料，否則此保單將可能無法提供閣下所需的保障，甚至可能導致此保單無效。再者，本保單必須在本公司確定接納投保後才正式生效。

### 聲明

本人聲明上列資料乃本人所知一切據實填報，本人同意此投保書及聲明將構成本人與法國敬邦保險之間的合約根據。本人向法國敬邦保險所提供的資料，將可能使用於任何與保險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；任何索償或索償分析及可能轉移予現存或不時成立的任何有關公司或任何其他從事於保險或再保險業務有關的公司或與保險業有關的中介人或索償或調查或其他服務提供者或任何保險公司的協會或聯會。本人明白本人有權查詢及要求更改已由法國敬邦保險持有有關本人的個人資料，如有此要求，本人可向法國敬邦保險之個人私隱主任提出。

日期(日/月/年) \_\_\_\_\_

投保人簽名 \_\_\_\_\_

保險代理 / 經紀人

請注意，本保單必須在本公司確定接納投保後才正式生效。