



**HEALTH CERTIFICATE 健康證明書**

<b>Policy Number 保單號碼</b>	<b>Name of Insured 受保人姓名</b>	<b>Name of Owner 持有人姓名</b>
<b>Agent's Name 營業員姓名</b>	<b>Agent Code 營業員號碼 / Area Code 區域編號</b>	<b>Agent's Tel. No 營業員聯絡電話</b>

**Please complete payor's information if PB/PBCI is attached for reinstatement or if PB/PB(CI) is applied.**

如申請恢復保單效力而保單內附有付款人保障附加契約或危疾付款人保障附加契約者，或申請增加所述兩者之任何一者，請填寫付款人資料。

		<b>Insured 受保人 Name 姓名：</b>			<b>Payor 付款人 Name 姓名：</b>															
1. Occupation Title 職銜																				
2. Exact Daily Job Duties 日常職務：																				
3. Nature of Business. Please give employer's name and address. 公司業務性質 / 僱主名稱 / 辦事處地址																				
4. Name and Address of your Physician. Please state date, reason and result of last consultation. 請填寫主診醫生的姓名及地址，並註明最後求診之日期、原因及結果。																				
5. Present height and weight 現時身高 / 體重		<b>Height of Insured 受保人身高</b>	<b>Weight of Insured 受保人體重</b>	<b>Height of Payor 付款人身高</b>	<b>Weight of Payor 付款人體重</b>															
* Delete if inappropriate 請刪除不適用者		ft呎/cm厘米*	lbs磅/kg公斤*	ft呎/cm厘米*	lbs磅/kg公斤*															
6. Any loss in excess of 7 lbs / 3.2 kg in the last 12 months? If 'YES', please give exact amount and reason, if known. 過去十二個月內，您的體重是否曾減少7磅 / 3.2公斤或以上？倘“是”，請註明原因（若知道）及磅數/公斤。		6		<table border="1"> <tr> <th colspan="2">Insured 受保人</th> <th colspan="2">Payor 付款人</th> </tr> <tr> <td>Yes 是</td> <td>No 否</td> <td>Yes 是</td> <td>No 否</td> </tr> </table>		Insured 受保人		Payor 付款人		Yes 是	No 否	Yes 是	No 否							
Insured 受保人		Payor 付款人																		
Yes 是	No 否	Yes 是	No 否																	
Insured 受保人：_____ Payor 付款人：_____																				
7. Have any of your natural parents, brothers or sisters died or suffered from heart disease, stroke, high blood pressure, diabetes, kidney disease, mental disorder, hepatitis (or is a hepatitis carrier), cancer or any hereditary disease? If 'YES', please provide further details of age(s), relationship and cause of death or condition(s). 您的親生父母、兄弟姊妹是否患有心臟病、中風、高血壓、糖尿病、腎病、精神病、肝炎(或是肝炎帶菌者)、癌症或任何遺傳性疾；或因上述疾病死亡？倘“是”，請提供有關年齡、所屬關係及致病或致死原因的詳細資料。		7		<table border="1"> <tr> <td>Yes 是</td> <td>No 否</td> <td>Yes 是</td> <td>No 否</td> </tr> </table>		Yes 是	No 否	Yes 是	No 否											
Yes 是	No 否	Yes 是	No 否																	
8. Do you use or have you ever used any tobacco products (including but not limited to cigarettes, cigars, pipes and chewing tobacco)? If 'YES' please state details below. If you have stopped using any tobacco products, please state when and for what reason, e.g. doctor's advice, etc. 您是否或曾吸用任何煙草產品(包括香煙、雪茄、煙斗及咀嚼煙草等)？倘“是”，請於下列空格填明詳情。倘您已停止吸用任何煙草產品，請註明日期和原因，例如：經醫生建議等。		8		<table border="1"> <tr> <td>Yes 是</td> <td>No 否</td> <td>Yes 是</td> <td>No 否</td> </tr> </table>		Yes 是	No 否	Yes 是	No 否											
Yes 是	No 否	Yes 是	No 否																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Type 產品種類</th> <th>Average Daily Consumption 每天平均吸用量</th> <th>Number of Years 吸用年數</th> <th>Date Ceased 停止日期</th> <th>Reason 停止原因</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Insured 受保人</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Payor 付款人</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Type 產品種類	Average Daily Consumption 每天平均吸用量	Number of Years 吸用年數	Date Ceased 停止日期	Reason 停止原因	Insured 受保人					Payor 付款人								
Type 產品種類	Average Daily Consumption 每天平均吸用量	Number of Years 吸用年數	Date Ceased 停止日期	Reason 停止原因																
Insured 受保人																				
Payor 付款人																				
9. Do you drink alcohol on a daily / weekly basis? If "YES", please state daily consumption (average) and type of drink, i.e. beer, wine, spirit, etc. 您是否每天/每星期都飲酒？倘“是”，請註明每天/每星期飲酒數量(平均)及酒的種類，即啤酒、餐酒、烈酒等。		9		<table border="1"> <tr> <td>Yes 是</td> <td>No 否</td> <td>Yes 是</td> <td>No 否</td> </tr> </table>		Yes 是	No 否	Yes 是	No 否											
Yes 是	No 否	Yes 是	No 否																	
Insured : Amount _____ Type _____ Payor : Amount _____ Type _____ 受保人：數量 _____ 種類 _____ 付款人：數量 _____ 種類 _____																				
10. Have you suffered from or received treatment for any of the following? If 'YES', please provide full details of condition, dates and any treatment (whether prescribed or otherwise) or complete a separate questionnaire. 您是否曾患有或因下列各種疾病而接受治療？倘“是”，請填寫有關病情、日期和所有治療(醫生處方與否)的詳細資料或填寫另外有關之問卷。																				
(a) Any chest or breathing complaint (e.g. asthma, bronchitis, tuberculosis or other respiratory problem including nasal bleeding)? 任何胸部或呼吸問題(例如：哮喘、支氣管炎、肺結核或其他呼吸器官問題，包括流鼻血)？		10a		<table border="1"> <tr> <td>Yes 是</td> <td>No 否</td> <td>Yes 是</td> <td>No 否</td> </tr> </table>		Yes 是	No 否	Yes 是	No 否											
Yes 是	No 否	Yes 是	No 否																	
(b) Any heart problem or chest pain (e.g. rheumatic fever, raised blood pressure, angina, murmur, heart attack) or other problem of the blood or blood vessels? 任何心臟的疾病或胸痛(例如：風濕性發熱、高血壓、心絞痛、心臟雜音、心臟驟停)，或其他血液或血管疾病？		10b		<table border="1"> <tr> <td>Yes 是</td> <td>No 否</td> <td>Yes 是</td> <td>No 否</td> </tr> </table>		Yes 是	No 否	Yes 是	No 否											
Yes 是	No 否	Yes 是	No 否																	
(c) Any complaint of the digestive system, liver (including hepatitis or hepatitis carrier status), stomach, bowel or rectal bleeding, any kidney, bladder or urinary disorder including renal stones, endocrine disease, diabetes or thyroid gland problem? 任何消化系統問題，肝(包括肝炎或肝炎帶菌者)、胃、腸或直腸出血；任何腎、膀胱或泌尿系統疾病，包括腎石、內分泌疾病、糖尿病或甲狀腺疾病？		10c		<table border="1"> <tr> <td>Yes 是</td> <td>No 否</td> <td>Yes 是</td> <td>No 否</td> </tr> </table>		Yes 是	No 否	Yes 是	No 否											
Yes 是	No 否	Yes 是	No 否																	
(d) Any mental or brain disorder or problem affecting the nervous system including epilepsy, paralysis, numbness, dizziness, prolonged headache, loss of balance or fits? 任何精神或腦部失常或問題而影響神經系統，包括癲癇、癱瘓、麻痺、頭暈、長期頭痛、身體失去平衡或抽搐？		10d		<table border="1"> <tr> <td>Yes 是</td> <td>No 否</td> <td>Yes 是</td> <td>No 否</td> </tr> </table>		Yes 是	No 否	Yes 是	No 否											
Yes 是	No 否	Yes 是	No 否																	
(e) Cancer or tumour, cyst, lump or other growths of any kind? 癌症或腫瘤、囊腫、腫塊或其他任何贅生物？		10e		<table border="1"> <tr> <td>Yes 是</td> <td>No 否</td> <td>Yes 是</td> <td>No 否</td> </tr> </table>		Yes 是	No 否	Yes 是	No 否											
Yes 是	No 否	Yes 是	No 否																	
(f) Pain or other problem in your back, spine, muscle or joint, gout or other physical disability or condition affecting sight, speech or hearing? 背部、脊椎、肌肉或關節疼痛或其他疾病，痛風或其他身體殘疾或任何影響視力、說話能力和聽覺的疾病？		10f		<table border="1"> <tr> <td>Yes 是</td> <td>No 否</td> <td>Yes 是</td> <td>No 否</td> </tr> </table>		Yes 是	No 否	Yes 是	No 否											
Yes 是	No 否	Yes 是	No 否																	

