



## 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 /Broker Name 營業員/經紀姓名</b>	<b>Agent/Broker Code 營業員號碼/經紀號碼 Area/Agency/Broker Code 區域/營業員/經紀組別編號</b>	<b>Agent's /Broker Tel. No 營業員/經紀聯絡電話</b>



00042039

**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  * Delete if inappropriate 請刪除不適用者	<b>Height of Insured 受保人身高</b>  ft呎/cm厘米*	<b>Weight of Insured 受保人體重</b>  lbs磅/kg公斤*	<b>Height of Payor 付款人身高</b>  ft呎/cm厘米*  <b>Weight of Payor 付款人體重</b>  lbs磅/kg公斤*
		<b>Insured 受保人</b>	<b>Payor 付款人</b>
		Yes 是 No 否	Yes 是 No 否
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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Insured 受保人：_____ Payor 付款人：_____			
7. (a) Have any of your natural parents or siblings had heart disease, stroke, high blood pressure, diabetes, kidney disease, mental disorder, hepatitis (or is a hepatitis carrier) or any hereditary disease? If 'YES', please provide further details of onset age, current age, age of death (if any), relationship and 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)、或任何遺傳性疾病？倘“是”，請提供有關病發年齡、現時年齡、死亡年齡、關係及致病或致死原因的詳細資料。		7(a)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(b) Have any of your natural parents or siblings, who before the age of 60 had ovarian, colon, breast or other types of cancer? If 'YES', please provide further details of onset age, current age, age of death (if any), relationship and condition(s). 您的親生父母、兄弟姊妹於六十歲以前是否患有卵巢癌、大腸癌、乳癌或其他癌症？倘“是”，請提供有關病發年齡、現時年齡、死亡年齡、關係及致病或致死原因的詳細資料。		7(b)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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. 您是否或曾否吸用任何煙草產品（包括香煙、雪茄、煙斗及咀嚼煙草等）？倘“是”，請於下列註明詳情。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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	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			

OPPOSF07.0214

OPPOSF07.0214

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

本人/我們聲明及同意：(a)已閱讀此申請書或曾接受別人向本人/我們解釋此申請書之內容。(b)本人/我們代表與此保單有利益關係之人士保證以上每一項答案均為完全和正確。本人/我們亦明白由友邦保險(國際)有限公司(以下一律稱為"貴公司")以上述資料為審核依據，如上述資料不屬，任何根據此健康證明書所作的申請、申請恢復保單效力，更改或增加，可被視作無效。(c)本人/我們明白這健康證明書必須於受保人在生時遞交及經貴公司負責人批准後方可恢復保單效力，而此申請、更改或增加將不因任何付款或付款協定或保費關係而產生效力。(d)本人/我們承諾此申請、續保、更改或加購附加契約之申請經貴公司核准後，不得異議及自殺條款將改由申請書批准日期起計算。

再者，本人茲授權：

(a)任何知悉或擁有本人/受保人之健康狀況及病歷或任何治療或諮詢記錄及曾為或將為本人/受保人診治之機構、組織或人士，向貴公司透露有關資料，不得撤回。即使本人/受保人死亡或喪失能力，而本人/受保人之繼承人及轉讓人亦會受此授權書約束。此授權書之正本與副本同屬有效。(b)貴公司或任何其認可驗身醫生或化驗所，替本人/受保人進行所需之醫療評估及測試，並對本人/受保人之健康狀況進行審核及評估，作為處理本申請及其後與之有關的賠償事宜。此等化驗會包括，但並不限於，膽固醇及有關之血脂肪、糖尿病、腎或肝功能失常、愛滋病或感染人體免疫力缺乏病毒、免疫系統失常或體內藥物、毒品、尼古丁及其化產物之含量等化驗。

註：1. 為注重個人私隱權，本公司將所有檢驗結果保密，及只用作審核投保申請、續保、更改或增加和與此投保書有關的理賠事項。除政府要求或法律規定外，這類檢驗結果只會於閣下特別要求或同意下才會透露。2. 本人/我們聲明有關問題八之答案與本人/我們過往向友邦保險(國際)有限公司披露的資料(如有)完全相符。

**重要事項：**已付款並不保證此申請可即時生效。申請復效/增加附加契約/更改基本保險計劃/增加保額/刪除不保事項/刪除額外保費(以適用者為準)，需於本公司收妥相關文件，包括但不限於健康證明書及全數保費，並獲本公司接納及批准受保人的健康現況證明，及其他所需要求後，方為正式生效。本公司保留權利撤銷任何申請。

#### PERSONAL DATA COLLECTION AND USE

I / We confirm that I / we have read and understood the AIA Personal Information Collection Statement ("AIA PIC").

I / We declare and agree that any personal data and other information relating to me / us or my / our policy(ies) or investments contained in this application or collected, obtained, compiled or held by the Company by any means from time to time may be collected and utilized in accordance with the AIA PIC. I / We acknowledge and consent to the transfer of my / our personal data outside of Hong Kong (for policies issued in Hong Kong) or Macau (for policies issued in Macau), as the case may be, for the purposes and to the types of transferee as set out in the AIA PIC.

The updated version of AIA PIC is available for download from its website: [www.aia.com.hk](http://www.aia.com.hk), and is made available upon request.

#### 個人資料收集及使用

本人/我們確認本人/我們已閱讀及明白AIA個人資料收集聲明(「AIA個人資料收集聲明」)。本人/我們聲明及同意在本申請所載或貴公司不時以任何方法收集所得、編製或持有的任何個人資料及關於本人/我們或本人/我們的保單或投資的其他資料，可根據AIA個人資料收集聲明收集及使用。本人/我們知悉及同意就AIA個人資料收集聲明所述目的視乎情況轉讓本人/我們的個人資料至香港(如保單在香港續發)或澳門(如保單在澳門續發)境外予AIA個人資料收集聲明所載的資料承讓人。

AIA個人資料收集聲明的最新版本可於以下網址下載：[www.aia.com.hk](http://www.aia.com.hk)，及可向貴公司索取。

\_\_\_\_\_  
Signature of Insured (Age 18 or over)  
受保人簽名(年齡十八歲或以上)

on \_\_\_\_\_  
於 MM月/DD日/YYYY年

\_\_\_\_\_  
Signature of Owner/Trustee  
(if other than insured)  
持有人/信託人簽名 (倘非受保人)

on \_\_\_\_\_  
於 MM月/DD日/YYYY年

\_\_\_\_\_  
Signature of Assignee  
(if applicable 如適用)

on \_\_\_\_\_  
於 MM月/DD日/YYYY年

PLEASE SIGN & RETURN IMMEDIATELY BUT NO LATER THAN 14 DAYS 請簽署後即時但不遲於14天內遞交  
PLEASE DO NOT SIGN ON BLANK FORM 請勿在空白表格上簽署