




AIA International Limited
(Incorporated in Bermuda with limited liability)

HEALTH CERTIFICATE 健康證明書

(Only Applicable for Wealth Series) (只適用於財富系列)

Policy Number 保單號碼	Name of Insured 受保人姓名	Name of Owner 持有人姓名	 P3472013
Area Code 區域編號	Agency / Broker Name 營業員組別 / 經紀名稱	Agent / Broker Code 營業員號碼 / 經紀號碼	
Agency Code 營業員組別編號	Agent / TR's Name 營業員 / 業務代表姓名	Agent / TR's Tel. No. 營業員 / 業務代表聯絡電話	
TR Membership Number 業務代表會員號碼 (For Brokers only 僅供經紀使用)	<input type="checkbox"/> IA	<input type="checkbox"/> ANG	

Remark: If the stated AIA financial planner / broker / IFA on this form is not my current servicing AIA financial planner / broker / IFA, I give consent to him/her to handle and follow up my request.
備註：倘若在上述表格上填寫的財務策劃顧問 / 經紀 / 獨立理財顧問並不是本人目前的財務策劃顧問 / 經紀 / 獨立理財顧問，本人同意他/她處理並跟進我的要求。

Please complete payor's information for reinstatement or addition of PB rider. 如申請復效或增加付款人保障附加契約，請填寫付款人資料。

Other Policies 其他保單號碼 (The following policies must belong to the same Insured / Payor 下列之保單須屬於同一受保人 / 付款人)

--	--	--	--

Please tick the appropriate box for application of reinstatement
如申請復效，請在適當的空格內劃上“X”號

<input type="checkbox"/> Reinstatement 復效	<input type="checkbox"/> Redating 重訂保單日期	<input type="checkbox"/> Reinstatement Agent 申請復效營業員
---	--	--

	Insured Name 受保人姓名：	Payor Name 付款人姓名：	
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. Present height and weight 現時身高 / 體重	Height of Insured 受保人身高 ft 呎 / cm 厘米*	Weight of Insured 受保人體重 lbs 磅 / kg 公斤*	Height of Payor 付款人身高 ft 呎 / cm 厘米*
			Weight of Payor 付款人體重 lbs 磅 / kg 公斤*
*Delete if inappropriate 請刪除不適用者			
	Insured 受保人		Payor 付款人
	YES 是 NO 否		YES 是 NO 否
5. Have you ever been declined, postponed or accepted on modified terms for life, critical illness, medical health, disability or accident insurance? 您是否曾在申請壽險、危疾、醫療、傷殘或意外保險時被拒絕受保、擱置受保、須繳付額外保費或修改合約條款？	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Do you fly other than as a fare-paying passenger or engage in any hazardous sports (e.g. diving, motor racing, mountaineering or rock-climbing, parachuting, sky diving or hang gliding etc.) or intended to do so in the future? If 'YES', please provide full details or complete a separate supplementary questionnaire. 您是否曾參與或打算參與飛行（以非乘客身份搭乘民航機除外）或任何危險運動（例如：潛水、賽車、攀山或攀石、跳傘或滑翔等）？倘“是”，請提供詳細資料或另外填寫有關之問卷。	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Did you travel or reside in other country for more than 6 months in the past 12 months? If 'YES', please state details below: 在過去十二個月內，您是否曾到其他國家旅遊或居住超過六個月？倘“是”，請提供詳細資料：	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Country(ies) 國家	Purpose 原因	Duration 逗留時間
	Insured 受保人		
	Payor 付款人		
8. Do you smoke or have you ever smoked cigarette(s)? If 'YES', please state details below: 您是否吸煙或曾吸煙？倘“是”，請於下列註明詳情：	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Average Daily Consumption 每天平均吸用量	Date ceased 停止日期	
	Insured 受保人		
	Payor 付款人		

Note: I / We hereby declare that my / our answer(s) to Question 8 is completely consistent with the information (if any) that I / we have previously disclosed to AIA International Limited.
附註：本人 / 我們聲明有關問題8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。

		Insured 受保人		Payor 付款人																												
		YES 是	NO 否	YES 是	NO 否																											
9. Do you have any existing insurance and / or concurrent application for insurance on your life? If 'YES', please state details below: 您是否已有或正在申請任何保險？倘“是”，請於下列註明詳情：		9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
	<table border="1"><thead><tr><th></th><th>Company 承保公司</th><th>Policy Currency 保單貨幣</th><th>Life 壽險</th><th>Hospital Income 住院入息</th><th>Critical Illness 危疾保險</th><th>Accident Indemnity 意外賠償</th><th>Accidental Death 意外死亡</th><th>Year of Policy Issue 保單續發年份</th></tr></thead><tbody><tr><td>Insured 準受保人</td><td></td><td></td><td></td><td></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><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		Company 承保公司	Policy Currency 保單貨幣	Life 壽險	Hospital Income 住院入息	Critical Illness 危疾保險	Accident Indemnity 意外賠償	Accidental Death 意外死亡	Year of Policy Issue 保單續發年份	Insured 準受保人									Payor 付款人												
	Company 承保公司	Policy Currency 保單貨幣	Life 壽險	Hospital Income 住院入息	Critical Illness 危疾保險	Accident Indemnity 意外賠償	Accidental Death 意外死亡	Year of Policy Issue 保單續發年份																								
Insured 準受保人																																
Payor 付款人																																
10. Have any of your natural parents, brothers or sisters before the age of 60 had cancer (e.g. breast, colon or rectum, ovary or other types of cancer), diabetes, heart disease, Huntington's disease, polycystic kidney disease, stroke or any other hereditary disease? If 'Yes', please state details below: 您的親生父母、兄弟姐妹是否在六十歲以前診斷出癌症（例如：乳癌、結腸或直腸癌、卵巢癌或其他癌症）、糖尿病、心臟病、亨廷頓氏病、家族性多囊腎病、中風或其他遺傳性疾病？倘“是”，請於下列註明詳情：		10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
	<table border="1"><thead><tr><th></th><th>Relationship 關係</th><th>Disease(s) 疾病</th><th>Onset age 病發年齡</th></tr></thead><tbody><tr><td>Insured 受保人</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Payor 付款人</td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		Relationship 關係	Disease(s) 疾病	Onset age 病發年齡	Insured 受保人				Payor 付款人																						
	Relationship 關係	Disease(s) 疾病	Onset age 病發年齡																													
Insured 受保人																																
Payor 付款人																																
11. Do you consume alcohol on a daily / weekly basis? If 'YES', please state details of weekly consumption below: 您是否每天 / 每星期都飲酒？倘“是”，請於下列註明每星期飲用量：		11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Insured 受保人： <table border="1"><thead><tr><th>Tick if applicable 請在下列加上✓號</th><th>Type 種類</th><th>Amount (per week) 數量（每星期）</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Beer 啤酒</td><td>___ can(s) 罐</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Wine 餐酒</td><td>___ glass(es) 杯</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Spirit 烈酒</td><td>___ unit(s) 單位</td></tr></tbody></table>		Tick if applicable 請在下列加上✓號	Type 種類	Amount (per week) 數量（每星期）	<input type="checkbox"/>	Beer 啤酒	___ can(s) 罐	<input type="checkbox"/>	Wine 餐酒	___ glass(es) 杯	<input type="checkbox"/>	Spirit 烈酒	___ unit(s) 單位	Payor 付款人： <table border="1"><thead><tr><th>Tick if applicable 請在下列加上✓號</th><th>Type 種類</th><th>Amount (per week) 數量（每星期）</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Beer 啤酒</td><td>___ can(s) 罐</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Wine 餐酒</td><td>___ glass(es) 杯</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Spirit 烈酒</td><td>___ unit(s) 單位</td></tr></tbody></table>		Tick if applicable 請在下列加上✓號	Type 種類	Amount (per week) 數量（每星期）	<input type="checkbox"/>	Beer 啤酒	___ can(s) 罐	<input type="checkbox"/>	Wine 餐酒	___ glass(es) 杯	<input type="checkbox"/>	Spirit 烈酒	___ unit(s) 單位					
Tick if applicable 請在下列加上✓號	Type 種類	Amount (per week) 數量（每星期）																														
<input type="checkbox"/>	Beer 啤酒	___ can(s) 罐																														
<input type="checkbox"/>	Wine 餐酒	___ glass(es) 杯																														
<input type="checkbox"/>	Spirit 烈酒	___ unit(s) 單位																														
Tick if applicable 請在下列加上✓號	Type 種類	Amount (per week) 數量（每星期）																														
<input type="checkbox"/>	Beer 啤酒	___ can(s) 罐																														
<input type="checkbox"/>	Wine 餐酒	___ glass(es) 杯																														
<input type="checkbox"/>	Spirit 烈酒	___ unit(s) 單位																														
Remarks 備註： Beer: (1 can = 330ml) 啤酒：1罐 = 330毫升 Wine: (1 glass = 100 ml) 餐酒：1杯 = 100毫升 Spirit: (1 measure = 30ml) 烈酒：1單位 = 30毫升																																
12. Have you ever received counseling, medical advice or 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. 您是否曾因下列各種狀況而接受輔導、醫療諮詢或治療？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。		12																														
(i) Any chest or respiratory problem (e.g. asthma, bronchitis, sleep disordered breathing (including Obstructive Sleep Apnea), tuberculosis or other respiratory problem including nasal bleeding)? (except influenza, coughs and colds that lasted for less than 7 days) 任何胸部或呼吸系統問題（例如：哮喘、支氣管炎、睡眠呼吸障礙（包括睡眠窒息症）、肺結核或其他呼吸器官問題，包括流鼻血）？（流感、咳嗽及感冒持續少於七天者除外）		(i)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
(ii) Any heart problem or chest pain / discomfort (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口疼痛 / 不適（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？		(ii)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
(iii) Any digestive system problem, liver (including hepatitis or hepatitis carrier status), stomach, bowel or rectal bleeding, any kidney, bladder or genitourinary 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、膀胱或泌尿及生殖系統疾病，包括腎石、內分泌疾病、糖尿病或甲狀腺疾病？		(iii)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
(iv) Any mental or brain disorder or problem affecting the nervous system including depression, schizophrenia, psychosis, anxiety, autism, learning disorder, 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，包括抑鬱、精神分裂、思覺失調、焦慮、自閉、學習障礙、癲癇、癱瘓、癱瘓、頭暈、長期頭痛、身體失去平衡或抽搐？		(iv)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
(v) Cancer or tumour, cyst, lump, growth or abnormal swelling? 癌症或腫瘤、囊腫、腫塊、贅生物或不正常腫脹？		(v)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
(vi) Any skin disorder, pain or other problem in your back, spine, muscle or joint, gout or other physical disability or condition affecting sight, speech or hearing? 任何皮膚問題，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？		(vi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
13. Do you plan to attend, or are you currently attending or have attended in the last 5 years any hospital, clinic or doctor for : 您是否打算或現正、或曾於過去五年內在有任何醫院、診所或醫務所接受：		13																														
(i) Investigations such as X-ray, scan, biopsy, ECG, blood or urine etc. (Except general medical check-up, annual medical check-up and employment check-up with a normal result and without any follow-up consultation or treatment)? 一些檢查如X光、掃描、活體檢視、心电图、驗血或驗尿等？（檢查結果正常並無需接受進一步諮詢或治療的例行身體檢查及就職檢查除外）		(i)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
(ii) Illness, operation or other medical advice or treatment not stated under any previous questions? 以上各題沒有提及的疾病、手術或其他醫療諮詢或治療？		(ii)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										

