



工聯會屬會及贊助會會員自願參與醫療保險計劃投保書

投保人必須連同工聯會副本、付款授權或劃線支票抬頭【中銀集團保險有限公司】交回公司或寄回香港中環德輔道中71號永安集團大廈九樓本公司收。

投保人資料

工會名稱：	會員編號：	
投保人姓名：英文	中文	性別
出生日期：	身份證 / 護照號碼	
地址：		
聯絡電話：住宅	辦公室	手提
本人之銀行及分行名稱 *		
自動轉賬戶口號碼 *		
* 處理賠償之用。所有受保人必須以同一銀行轉賬戶口作為賠償通知之用。		

受保人資料

	受保人英文姓名 (以香港身份證所載為準)	香港身份證號碼	性別	出生日期 (DD/MM/YY)
本人			男 / 女	/ /
配偶			男 / 女	/ /
子女(一)			男 / 女	/ /
子女(二)			男 / 女	/ /
子女(三)			男 / 女	/ /



健康聲明

請閱讀下列問題，然後詳細作答。此申請表內的所有投保人：

	本人	配偶	子女(一)	子女(二)	子女(三)
1. 在過去5年內閣下/受保人曾否住院或因嚴重疾病/創傷需要向專科醫生尋求醫療諮詢、斷症性之檢查、治療或做手術？	是/否	是/否	是/否	是/否	是/否
2. 閣下/受保人曾否因任何病徵、疾病、缺陷或身體狀況例如但不限於肝炎帶毒者、糖尿病、腎病、高血壓、關節炎、心臟血管疾病、各類型癌症或腫瘤導致現在或將來急需做手術或接受長期治療？	是/否	是/否	是/否	是/否	是/否
3. 在過去5年閣下/受保人是否曾在醫院或療養院內接受手術、診察或治療或現正接受診察、治療或服用藥物？	是/否	是/否	是/否	是/否	是/否
4. 在過去5年閣下/受保人曾否因住院向保險公司索償？	是/否	是/否	是/否	是/否	是/否
5. 閣下/受保人曾否在投保醫療、住院、意外、或人壽保險時被拒絕、或有保單被取消、增加保費或附加限制？	是/否	是/否	是/否	是/否	是/否

如上述問題答案選擇「是」，請另紙填寫該受保人姓名及詳述健康狀況如疾病性質、症狀、所接受之護理及治療，上一次求診日期以及有關醫療報告，由有關受保人簽署後(如16歲以下須投保人簽署)，連同投保書一併交回本公司核辦。



聲明

- 本人謹此聲明，於本投保書之陳述乃真確無訛，可作為簽發保單之根據。本人亦明白如資料錯誤或不詳盡，本人或受保人之保障有失效之虞。
 - 本人謹此聲明，本投保書是在香港特別行政區內簽署，如有任何謊騙或資料失實，本人或受保人之保障有失效之虞。
 - 本人在此授權任何醫生、醫院、診所、保險公司及其他人士，均可向「中銀集團保險有限公司」提供本人及/或上述家屬健康情況及病歷詳細資料。此授權書之影印本與正本有同等效力。
 - 本人同意「中銀集團保險有限公司」保留一切有關投保書接納與否之權利，並明白由收到並接納投保書起計10個工作天後保障開始生效。
 - 本人明白必須繳付保費後，「中銀集團保險有限公司」對本人及/或家屬之保障責任始行生效。同時，在保障生效日後首30天內發生之疾病，均不在保障範圍內。
 - 本人明白本人提供的資料為 貴公司提供保險業務所需，並可能使用於下列目的：
 - 任何與保險或財務有關的產品或服務，或該等產品或服務的任何更改、變更、取消或續期；
 - 任何索償，或該等索償的調查或分析；
 - 行使任何代位權；及
 - 可能移轉予：
 - 任何有關的公司，或任何其他從事與保險或再保險業務有關的公司，或與保險業務有關的中介人或索償或調查或其他服務提供者，以達到任何上述或有關目的；
 - 現存或不時成立的任何保險公司協會或聯會或類同組織(「聯會」)，以達到任何上述或有關目的，或以使「聯會」執行其監管職能，或其他基於保險業或任何「聯會」會員的利益而不時在合理要求下賦予「聯會」的職能；及
 - 或透過「聯會」移轉予任何「聯會」的會員，以達到任何上述或有關目的。
- 此外，本人授權 貴公司可向「聯會」從保險業內收集的資料中查閱及/或核對本人任何資料。本人明白本人有權查閱及要求更正由 貴公司持有有關本人的個人資料。如有需要，本人可向 貴公司辦公室提出(電話：2867 0888，傳真：2522 1705)。

投保人簽署：_____ 日期：_____

本投保書在未被同意接受前，保險公司不負任何責任。
根據個人資料(私隱)條例，您可隨時選擇不再收取本公司或本公司的代理為您寄上直銷單張；如有需要，請致函本公司。



付款方法及授權書

A. () 以支票支付保費(劃線支票抬頭寫「中銀集團保險有限公司」)

B. () 以信用卡繳付保費，填妥下列直接付款授權書

本人授權中銀集團保險有限公司從本人下列信用卡戶口號碼扣取【工聯會屬會及贊助會會員自願參與醫療保障計劃】應繳付的保費，包括每個新保單年度續保保費(除非本人有進一步的書面通知)。

() Visa () Master () 中銀 信用卡號碼：_____

發卡銀行：_____ 有效期至：_____ 年 _____ 月

戶口/持卡人姓名：_____

戶口/持卡人簽署：_____ 日期：_____

* 簽署須與信用卡簽署式樣相同。



中銀集團保險
BOCG INSURANCE

香港工會聯合會
THE HONG KONG FEDERATION OF TRADE UNIONS

◎自願參與醫療保險計劃◎

健康之路 · 由您建造

- * 會員尊享，度身訂造
- * 保費特廉，妥善周全保障
- * 每日保費低至\$1.6元
- * 24小時全球保障
- * 病者可自由選擇醫院
- * 除特殊情況外，無須體格檢驗
- * 成功投保，獲贈【工聯會工人醫療所健康檢查】代用券\$100

工聯會
工聯會於1948年成立，現有屬下工會逾200多間，屬會及贊助會員人數逾30萬，是目前香港最大規模的勞工團體。工聯會關心會員及市民的需要，不斷開拓多元化福利服務。

中銀保險
中銀保險作為關懷客戶的可靠夥伴，矢志不斷求進，致力為客戶提供專業、周全及創新的保險服務。



保障特點

[工聯會屬會及贊助會會員自願參與醫療保險計劃]是中銀保險特為閣下度身訂造的醫療保險計劃，保障範圍全面，保費平宜。只要閣下是65歲以下及「交費有效期」的會員，便可根據您及家屬的需要，選擇這項保險計劃。

住院費用保障	計劃	每人每年所繳付保費
1 每日住院膳宿費 每一事故最高賠償天數 每一事故最高賠償金額	\$450 90天 \$40,500	\$600
2 每日醫生巡房費 每一事故最高賠償天數 每一事故最高賠償金額	\$450 90天 \$40,500	
3 醫院服務費(每一事故最高賠償金額)	\$10,000	
4 外科手術費(按手術項目表賠付)	\$30,000	
5 手術室費(每一事故最高賠償金額)	\$9,000	
6 麻醉師費(每一事故最高賠償金額)	\$9,000	
7 專科醫生診費(每一事故最高賠償金額)	\$3,500	
8 每日入住政府醫院現金津貼 每一事故最高賠償天數 每一事故最高賠償金額	\$400 40天 \$1,600	
9 免費24小時全球緊急支援服務	詳情請閱保單	



保障特點

1. 會員尊享，度身訂造
2. 保費特廉，妥善周全保障
3. 每日保費低至 \$1.6元
4. 24 小時全球保障
5. 病者可自由選擇醫院
6. 除特殊情況外，無須體格檢驗
7. 成功投保，獲贈 [工聯會工人醫療所健康檢查]代用券\$100



投保須知

1. 受保人為香港工會聯合會屬會及贊助會之「交費有效期」的會員。
2. 會員年齡在六十五歲以下及合法配偶或子女。
(子女：出生後15日至18歲或就讀全日制的子女可至23歲)
3. 所有受保人必須為香港合法居民。
4. 保單起保日：由本保險公司收到並接納投保書起計10個工作天後起保。
5. 保費須按年繳交。



主要不保事項

詳情及其他不保事項請參閱保單

- * 投保前已有傷病
- * 受保後首30日內發生的疾病
- * 身體健康檢查，一切牙齒疾病護理及手術、休養治療
- * 性病或愛滋病
- * 酗酒、神經錯亂、吸食軟性藥物(包括毒品)
- * 觸犯刑事之行為
- * 因懷孕引致之疾病、產前或產後檢查、分娩及不育或絕育手術
- * 先天性疾病
- * 戰爭、罷工、暴亂、恐怖主義活動、職業性運動或高風險運動
- * 主要因斷症掃描、X光檢查或物理治療而產生的住院費用
- * 可經僱員保險或其他保險計劃支付的賠償項目
(住政府醫院現金津貼保障不受此限制)



索賠手續

須於出院後三十天內遞交填妥之索賠申請表，並附主診醫生證明書、住院帳單及收據正本。

中銀保險熱線：(852) 3187 5100

網址：<http://www.bocgroup.com/bocg-ins/>
電郵：cs_ins@bocgroup.com

聲明：以上簡介僅供參考之用，一切條文以保單合約為準，承保費率及條件得隨時調整或更改，而實際承保須以本保險公司給發之正式保單為準。如蒙投保或需進一步了解此項保險內容，歡迎親臨或致電本保險公司查詢。

NO POSTAGE
STAMP
NECESSARY IF
POSTED IN
HONG KONG
如在本港投寄
毋須貼上郵票

POSTAGE
WILL BE
PAID BY
LICENSEE
郵費由
持牌人支付

BUSINESS REPLY SERVICE LICENCE NO.: 5329

商業回郵牌號：5329

香港德輔道中七十一號
永安集團大廈九樓
中銀集團保險有限公司