

# 更改受益人 / 簽名 / 持有人申請表 REQUEST FOR CHANGE OF BENEFICIARY / SIGNATURE / OWNERSHIP

保單號碼	持有人姓名	受保人姓名
Policy Number	Name of Owner	Name of Insured
保險中介人姓名	保險中介人號碼	中介人聯絡電話
Insurance Intermediary's Name	Insurance Intermediary's Registration No.	Insurance Intermediary's Tel. No.

#### 請√所需項目

Please tick where appropriate

#### 注意事項 Important Notes

- 1. 本申請表應由保單持有人及/或受保人或受讓人以正楷填寫及簽名,簽名式樣須與保單上的記錄相符。任何資料如有更改,保單持有人必須在更 改的位置簽署作實。
  - This form is to be completed by the Policyholder and/or Insured or Assignee in BLOCK LETTERS and signed with the signature same as recorded in the policy file. All amendments should be endorsed by the Policyholder in full signature.
- 2. 如閣下未能符合本公司的有關規定,本公司有權拒絕閣下的申請。 We shall have right to reject your application if you fail to fulfill Company's requirement(s).
- 3. 若保單持有人或受保人以圖章蓋印簽署,必須有一位見證人。見證人之個人資料只會用於處理本申請及確認本申請表簽署人的身份之用。 If the Policyholder or Insured uses a signature chop, a witness is required. The personal particulars of the witness will only be used for the purpose of verification and confirmation of the identity of the signatory of this form.
- 4. 保單權益轉讓將於本公司收到此申請並記錄在案後才生效,有關批單將寄給新保單持有人。
  The Policy Ownership Transfer shall take effect once your request is received and recorded by the Company. The endorsement will be sent to the new Policyholder.
- 5. 如現時保單持有人受保於本保單的供款者免繳保費利益責任保障(PB),新保單持有人須填寫健康聲明並與此申請表一同遞交以重新申請該保障。 If the existing Policyholder is the insured person of the Payor Benefit (PB) of this policy, the new Policyholder should complete the Health Declaration and submit together with this form for the application of PB for new Policyholder.
- 6. 請勿在空白表格或尚未填妥的表格上簽署。 Please do not sign on blank or incomplete form.
- 7. 請簽署本申請表後30 天內交回中國太平人壽保險(香港)有限公司處理。
  Please return to China Taiping Life Insurance (Hong Kong) Company Limited within 30 days after signing this form.

更 <b>换</b> 象石 Change of Signature	
持有人 / 信託人之新簽名 New Signature of Owner	
受保人之新簽名 (如非持有人及十八歲或以上) / New Signature of Ins	ured (if other than insured and aged 18 or above

保單號碼 Policy Number	
更换持有人 / 信託人 Change of Ownership / Trustee	
申請時,請連同下列文件(如適用)一併遞交: Please submit the following document(s) (if applicable) to	gether with your application:
1. <b>原保單持有人</b> 的身份證明文件的認證副本。 Certified copy of identification of the <b>Existing Poli</b>	cyholder
2. 新保單持有人的身份證明文件的認證副本。 Certified copy of identification of the <b>New Policyh</b>	
	用的認證副本(及住宅地址/永久地址證明文件,如兩者不同)。 proof issued <b>within the last 3 months</b> of the <b>New Policyholder</b> (and residential/permanent correspondence
新保單持有人資料 Information of New Policyholder	
新持有人 / 信託人姓名 Name of New Owner / Trustee	
與受保人關係 Relationship with Insured	
性別 Gender	
身份證明文件類別 ID Document Type	□ 香港身份證 HKID □ 香港出世紙 HK Birth Certificate □ 內地身份證 PRC ID □ 護照 Passport □ 其他證件 Others(請註明 please specify)
身份證 / 護照 / 公司證明文件號碼 ID / Passport / Company Identity Document No.	(man)
簽發國家 / 地區 Issue Country / Region	
出生日期 Date of Birth	
出生國家 Country of Birth	
國籍 Nationality	國籍 Nationality
閣下是否美國公民或美國稅務居民(見備註)?若「 表格或等同文件。 Are you a U.S. Citizen or a U.S. tax resident (See and submit IRS Form W-9 or a similar form.	□ 否 No
為遵循 FATCA 及相關的本地法規,閣下是否同意相關的本地司法、稅務或其他監管機構,以確保之	
Pursuant to FATCA or applicable local laws, do y personal data to the U.S. or applicable local regunecessary in order to comply with FATCA or app	ou agree the Company to report your lators or tax authorities where
新持有人簽署 Signature of New Owner / Trustee	

保單	號码	馬 P	olic	y Nı	ımb	er							

更換持有人 / 信託人(續) Change of Ownership / Trustee (Continued)			
新保單持有人資料(續) Information of New Policyholder (Continue	ed)		
聯絡地址 Correspondence Address			
			郵編(如適用) Post Code(if Applicable)
住宅地址 Residential Address 企業客戶請提供註冊辦事處地址 Registered Office Address for Corporate Applicant (如與聯絡地址不同,請填寫此欄) (To be completed if different from Correspondence Address)			郵編(如適用) Post Code(if Applicable)
永久地址 Permanent Address 企業客戶請提供註冊辦事處地址 Registered Office Address for Corporate Applicant (如與聯絡地址不同,請填寫此欄) (To be completed if different from Correspondence Address)			
聯絡電話號碼	手提電話		郵編(如適用) Post Code(if Applicable)
Contact Telephone Number *Please specify telephone country/area code. 請註明電話國家/地區編號。	Mobile 住宅電話 Residential Tel No	國家號 Country Code	電話號碼 Telephone No.
	公司電話 Office Tel No	國家號 Country Code	電話號碼 Telephone No.
	傳真號碼 Fax No	國家號 Country Code	電話號碼 Telephone No.
		國家號 Country Code	電話號碼 Telephone No.
電郵地址 Email Address			

**備註:**如上述第三部份的更改資料顯示,新保單持有人可能與美國有關聯 <sup>1</sup> 及/或是美國公民或美國稅務居民 <sup>1</sup>,新保單持有人需填妥並遞交所需的稅務文件 (如:美國報稅表 W-9、W-8BEN 或等同文件)及相關支持文件 (如適用)。

- "與美國有關聯的資料包括但不限於:出生國家為美國、電話號碼為美國號碼、郵寄或永久地址為美國地址、客戶提供美國郵政信箱或轉交地址或 代存地址、客戶授予擁有美國地址的人代理權或簽名權、從美國收到任何指示,或指示付款到美國賬戶、任何與美國相關的資訊等。
- <sup>2</sup> 美國稅務居民指的是美國綠卡持有人(即美國永久居民卡持有人)或滿足實質居住測試(即他/她於本納稅年內已在美國逗留至少 31 天和三年內在美國逗留<sup>3</sup> 至少 183 天在(含本納稅年度及過往兩年))。
- 3 三年內在美國逗留日數計算方法 = 本年實際居住在美國日數 + 1/3 去年居住在美國的日數+ 1/6 前年居住在美國的日數。

**Notes:** If the information provided under Section 3 of this form indicates that the New Policyholder may have links to the U.S.¹ and/or the New Policyholder is a U.S. Citizen or a U.S. tax resident², the New Policyholder is required to complete and submit a tax declaration form (e.g. Internal Revenue Service (IRS) form W-9, W-8BEN or a similar form) and relevant supporting documents (if applicable).

- Information that has a U.S. link, included but not limited to: a U.S. place of birth, a U.S. telephone number, a U.S. correspondence or permanent address, a U.S. P.O. box address, a U.S. "in-care-of" or "hold mail" address, a power of attorney or signatory authority granted to a person with a U.S. address, any instructions received from the U.S., instructions to send payments to an account in the U.S., any U.S. related information, etc.
- U.S. tax resident refers to U.S. Green Card holder (i.e. holder of U.S. Permanent Resident card) or individual who meets the substantial presence test (i.e. he/she has been present in the U.S. for at least 31 actual days in the current tax year and 183 equivalent days during a three year period³ (including current year and the two prior years)).
- Equivalent days = Actual days in the U.S. in the current year + 1/3 of his days in the U.S. in the immediately preceding year + 1/6 of his days in the U.S. in the second preceding year.

保單號碼 Pe	olicy Numb	or																	
休 单 奶 嗬 「	oncy Numb	EI																	
<b>更換受益人 Change of I</b> 除非列明分配 The death ber paid to the Po	比例,否則身 nefit proceeds	故照 s wil	ll be p	aid to	each l	peneficia	保人 ury ii	、去世行 n equa	後尚生 al sha	E存的 ires u	受ả nle:	益人。 ss he	如沒erein	沒有定立 specifie	受益人, <i>和</i> d. If benef	ioiar	霍益將付給保單持有人 y has not been desigr	或保單持有人之建 lated, the relevant	產。 proceeds will be
益人的 If mo provic 2. 此申記 This I be eff 3. 除特別 Bene 4. 如指別 If ber	A A B A B A B A B A B A B A B A B A B A	人照 be le	除碼。 nefices spor es be Il prir same attion , 保單	siary is it No. 益人 nefician mary l 的受益 e class 構,詞 n invol	s desi of the 文第二 ary de penefi 益人(第 法人(prin 情提供 lving a	gnated, benefic 受益人 esignatic ciaries 第一或第 nary or 商業登 an Entit	,all ciar on die sec 記別, p	policity to a factorial f	sy pro avoid 第二受 mary 配百 ary) s e pro	Diceed I poss A poss	ds sib 須 sed 粉 sl	will b le de 於所 cond 平分 hare	pe pelay 有第 lary · 相 equ	aid to during 与一受益 benefid 同類別 ually un	each ben claims pi 总人身故役 ciaries. T 的總分配 less othe	efic roce 後才: he b 百分 rwis	生效。 peneficiary designal 分比必須是 100%。 se stated. Total sha	unless herein stion of secondar	specified. Please y beneficiary will
基本 Primary	交位 Secondary	Ť	В	受益	· 人姓名 及中文 ary Na	) me	Þ	與擬受 Relation pro	:保人	關係 p to		受益 護 Be	i人身 態照號 enefic	∤份證/	分配 (百分b Share (%)	) E)	on-immediate famil 信託人姓名 (如有) Name of Trustee (if any)	與受益人關係 Relationship to beneficiary	信託人身份證/ 護照號碼 Trustee ID/ Passport No
	了人現時職業 er Current C				Busin	ess of													
Note: The P to receive de	n of Trustee 与人謹此聲明 olicyholder l eath procee	月, her ds(	在以 eby o	下受益 declai ehalf (	益人年 res tha of the	滿十八 at befor aforesa	e th	ne be	nef0i	iciary	st	ated	bel	ow atta	ins age 1	8, t	受益人根據保單內的 he following assign a policy.		
Beneficiary 信託人姓名 Name of T 身份證/商詞	rustee 業登記號碼	the	e Pol	icy	of Min	or													
與受益人關 (如非家庭)	身份證/商業登記號碼 ID Card/Business Registration No.  與受益人關係 Relationship with Beneficiary (ies) (如非家庭成員,請註明原因 Please provide a reason if non-family member)																		

保單	號码	馬P	olic	y Nı	ımb	er							

# 私隱政策聲明和收集個人資料聲明 PRIVACY POLICY STATEMENT AND PERSONAL INFORMATION COLLECTION STATEMENT

#### 私隱政策聲明

中國太平人壽保險(香港)有限公司和中國太平保險集團有限責任公司(以下合稱"本公司及集團")明白其在《個人資料(私隱)條例》下就個人資料的收集、持有、處理或使用所負有的責任。本公司及集團僅將為合法和相關的目的收集個人資料,並將採取一切切實可行的步驟,確保本公司及集團所持個人資料的準確性。本公司及集團將採取一切切實可行的步驟,確保個人資料的安全性,及避免發生未經授權或者因意外而擅自取得、刪除或另行使用個人資料的情況。本公司及集團不會在沒有您的同意,把閣下的個人資料提供予協力廠商作直接促銷用途或其他沒有關係的用途。下列的個人資料收集聲明是私隱政策聲明的一部分。

#### 個人資料收集聲明

閣下的個人資料為自願提供。敬請注意,如果 閣下不向本公司及集團提供所需的個人資料,本公司及集團可能無法提供閣下要求的資料、產品或服務。

## 目的:本公司及集團不時有必要使用 閣下的個人資料作下列用途:

向 閣下推介、提供和營銷本公司及集團及其子公司的產品/服務(請參閱下文"為直接促銷目的而使用個人資料"部份),以及提供、維持、管理和操作該等產品/服務; 處理和評估 閣下就本公司及集團及其子公司的產品/服務提出的任何申請或要求; 向 閣下提供後續服務及執行管理已發出的保單,例如增加、更改、變更、撤銷、續期或恢復; 就本公司及集團和/或其子公司提供的任何產品/服務而由與 閣下或其他索賠方提出的、針對 閣下或其他索賠方提出的、或者其他涉及 閣 下或其他索賠方的任何索賠相關的任何目的,包括對索賠進行調查; 供我們資料核對,內部業務及行政之用; 為本公司及集團及其子公司說計新的產品/服務或改進現有的產品/服務; 為本公司及集團及其子公司、金融服務行業或相關的監管機構的統計或類似目的進行市場或精算研究; 基於本聲明所列的任何目的,將本公司及集團不時持有並與 閣下有關的任何資料進行核對; 滿足任何適用法律、規則、規例、實務守則或指引規定的要求,或協助在香港或香港境外的警方或其他政府或監管機構執法及進行調查; 進行身份和/或信用核查和/或債務追收; 就 閣下在本公司及集團持有的任何帳戶或本收集個人資料聲明未來的變更發出行政性通訊;及 與上述任何目的直接有關的其他目的。 (1)

- (2)(3)
- (4)

(5)

- (6)
- (8)
- (9)
- (10)
- (11)
- 與上述任何目的直接有關的其他目的。 (12)

## 個人資料的移轉:個人資料將予以保密,但在遵守任何適用法律條文的前提下,可移轉予:

- 任何本公司及集團及其在香港境內或境外(包括中國大陸)的子公司; 就本公司及集團和/或其子公司提供的任何產品/服務而由 閣下或針對 閣下提出的、或者其他涉及 閣下的任何索賠相關的任何人士(包括私 人調查方和索賠調查公司); (2)
- 就本公司及集團和/或其子公司所提供產品/服務提供服務的任何代理、承包商或協力廠商,包括任何再保險公司、保險中介、基金管理公司或金融機構; (3)
- (4) /或及其子公司提供行政、技術、數據處理、電訊、電腦、支付、債務追收、電話中心服務、直接促銷服務或其
- (5)
- (6)
- 机系统经常原则际间平公司及采商和公司及关闭公司, 他服務的任何代理、承包商或協力嚴商; 協助收集 閣下資料或與 閣下聯絡的其他公司,例如研究公司、信貸資料機構或(在出現拖欠還款的情況下)追討欠款公司; 本公司及集團權利或業務的任何實際或建議的承讓人、受讓方、參與者或次參與者;及 因任何適用法律、規定、法規、實務守則或指引,要求或規定本公司及集團和/或其子公司向任何在香港境內或境外(包括中國大陸)的政府部門或 其他適當的政府或監管機關作出的披露

閣下的個人資料可能會提供給上述任何一方該方可能位於香港境內或境外(包括中國大陸),而就此而言, 閣下同意將 閣下的資料移轉至香港境外(包括 中國大陸)。

閣下的個人資料將僅為上文中規定的一個或多個有關目的而被移轉。如欲瞭解本公司及集團為推廣或促銷目的而使用 閣下的個人資料的政策,請參閱下 文"為直接促銷目的而使用個人資料"部份。

### **為直接促銷目的而使用個人資料**:本公司及集團打算:

- 使用本公司及集團不時持有的 閣下的姓名、聯絡資料、產品和服務的組合資料、交易模式和行為、財政背景和統計數據以在香港境內或境外(包括中國大陸)進行直接促銷; (1)
- 品工區內在戶戶目 15 使原列。 就本公司及集團及其子公司可能提供下列類別的產品和服務進行直接促銷(包括提供獎賞、客戶或會員或優惠計劃): a) 保險、年金、銀行、財富管理、退休計劃、投資、金融服務、信用卡、證券以及相關產品和服務;及 b) 有關健康、保健及醫療、餐飲、體育活動、會籍及相關產品和服務; (2)
- 上述產品和服務將可能由本公司及集團和/或下列機構提供 (3)

  - 是由小版初刊与北田大公司及朱國及其子公司。 就本公司及集團及其子公司。 就本公司及集團營運以及向閣下提供的服務相關而提供管理、數據處理、電訊、電腦、付款、收債或證券結算、技術外判、電話中心服務、 郵寄及印刷服務的任何代理、承包商或協力廠商服務供應商; 代理、承包商或協力廠商服務供應商,包括協助提供服務的公司,例如再保險公司、投資管理公司、索賠調查公司、業界協會或聯盟;及 協助收集閣下資料或與閣下聯繫的其他公司,例如所完調查公司及信貸評級機構,藉以加強本公司及集團向閣下所提供的服務。 b)
  - c)
- 本公司及集團需取得 閣下的書面同意(或表示不反對)方可為任何推廣或促銷目的而使用閣下的個人資料並向上文所述的各方提供資料。 (4)

閣下可隨時撤回給予本公司及集團有關使用 閣下的個人資料及提供予協力廠商作直接促銷用途的同意,而本公司及集團將在不收取任何費用的情况下停止使用該等資料作直接促銷用途。閣下如欲撤回 閣下給予本公司及集團的同意,請聯絡本公司及集團的個人資料保護主任(詳情參閱下文)。

**個人資料的查閱和更正**:根據《個人資料(私隱)條例》,閣下有權查明本公司及集團是否持有 閣 的資料,以及查明本公司及集團有關個人資料的政策及常規。 閣下還可以要求本公司及集團告知 閣下的個人資料,獲取該資料的副本,更正任何不準確 即 閣下本公司及集團所持個人資料的種類。

查閱和更正的要求,或有關獲取政策、常規及所持的資料種類的資料,均應以書面形式發送至:香港銅鑼灣新寧道8號中國太平大廈二期7樓,中國太平人壽保險(香港)有限公司,個人資料保護主任收,電話:2853 6333/傳真:2853 6323

本公司及集團可能會向 閣下收取合理的費用,以抵銷本公司及集團為執行 閣下的資料查閱要求而引致的行政和實際費用。

此中文私隱政策聲明和個人資料收集聲明為英文版本譯本,如中、英文兩個版本有任何抵觸或不相符之處,應以英文版本為準。

保單	號	馬P	olic	y Nı	umb	er							

客戶確認符合《海外帳戶稅收合規法案》和其他適用法律 Customer acknowledgement regarding compliance with Foreign Account Tax Compliance Act and other Applicable Laws

图下確認中國太平人壽保險(香港)有限公司(下稱"本公司")須遵從,遵守或履行法律,法規,命令,指引,守則和包括(海外帳戶稅收合規法案》適用規定的要求,或任何公眾,司法,稅務,政府和/或其他監管機構等協定的要求,包括但不限於美國國稅局(以下簡稱「監管機構」)在不同的司法管轄區不時頒布及修訂的協定(以下簡稱「適用規定」)。在這方面,閣下同意本公司可以在任何時候行使完全酌情權採取任何相關行動包括但不限於向任何監管機構透露閣下的個人資料,以確保本公司遵行適用規定。

#### 客戶同意向第三方披露資料

閣下同意 本公司可能將根據適用規定的要求,向任何監管機關披露閣下的個人資料或任何資料。此等披露可以由本公司直接或通過中國太平保險集團有限責任公司或與中國太平保險集團有限責任公司有關的其他公司進行。基於前述的原因,以及儘管在本表格或我們之間的任何其他協議所載的任何內容,本公司可能需要閣下向本公司提供進一步資料,以便向任何監管機關透露,而閣下必須在合理要求的時間(由提出申請或知會變更資料的 90 日期天)內, 向本公司提供相關的資料。

**更新客戶有關國籍,稅務狀況的資料及其他資料** 儘管載於本表格或我們之間其他任何協議所包含的任何內容,閣下同意向本公司提供協助,使本公司能夠就閣下或閣下向本公司購買的保險計劃,遵行適 用規定下的義務。

就閣下任何在申請時或其他時間向本公司提供的任何資料,閣下同意及時(30日期天之內)向本公司提供更新資料。尤其重要的是閣下立即通知本公司下列的更新:若閣下是個人,閣下的個人身份證號碼,地址,電話,國籍,稅務狀況、稅籍所在地的變動或閣下擁有多於一個國家的稅藉的變動;若閣下是法團法人或任何其他類型的實體,閣下的註冊地址,業務營運地址,主要股東,法定及實際受益人或管理人(擁有或控制 10%以上股份或所有權或管理權的人士),稅務狀況,稅籍所在地,或若閣下擁有多於一個國家的稅藉的變動。若發生這些變動,或任何其他資料顯示發生了變動,本公司可能會要求閣下提供額外文件或資料。此等資料和文件包括但不限於正式完成及/或簽署(並且如有需要,由公證人作出公證)的稅務申報或表格。

如果閣下未能及時向本公司提供資料或文件,或閣下所提供所需的資料或文件並非最新,準確或完整,閣下同意本公司擁有完全及絕對酌情權決定隨時採 取任何相關行動以確保本公司遵從適用法律及法規的要求。

You acknowledge that China Taiping Life Insurance (Hong Kong) Company Limited (hereinafter called "the Company") shall be obliged to comply with, observe or fulfill the requirements of the laws, regulations, orders, guidelines, codes, and requirements including the applicable requirements under the Foreign Account Tax Compliance Act of or agreements with any public, judicial, taxation, governmental and/or other regulatory authorities, including but not limited to, the Internal Revenue Service of the United States of America (the "Authorities" and each an "Authority") in various jurisdictions as promulgated and amended from time to time (the "Applicable Requirements"). In this connection, you agree that the Company may at any time take any relevant actions as may be determined by the Company in its sole and absolute discretion which including but not limited to disclose your particulars to any Authority for the purpose of ensuring the Company's compliance or adherence with the Applicable Requirements.

#### Customer consent to disclose information to third parties

You agree that the Company may disclose your particulars or any information to any Authority in connection or adherence with the Applicable Requirements. Such disclosure may be effected directly or sent through any of the China Taiping Insurance Group Company or other affiliates of the China Taiping Insurance Group Company. For the purposes of the foregoing and notwithstanding anything contained in this form or any other agreements between us, the Company may need you to provide the Company with further information as may be required for disclosure to any Authority and you shall provide the same to the Company's within such time as may be reasonably required (Within 90 calendar days from the date of the application or information change).

#### Updating of customer information about nationality, tax status and others

Notwithstanding anything contained in this form or any other agreements between us, you agree to provide the Company with such assistance as may be necessary to enable the Company to comply with the Company's obligations under all Applicable Requirements concerning you or your policies with the Company.

You agree to update the Company in a timely manner (within 30 calendar days) of any change of any of the details previously provided to the Company whether at time of application or at any other times. In particular, it is very important that you notify the Company immediately if, where you are an individual, your personal identification numbers, addresses, telephone numbers, nationality, tax status or tax residency changes or if you become tax resident in more than one country, or, where you are a corporation or any other type of entity, your registered address, address of your place of business, substantial shareholders, legal and beneficial owners or controllers (who own or control more than 10% of your shares or ownership interest or control), tax status, tax residency changes or if you become tax resident in more than one country. If any of these changes occurs or if any other information comes to light concerning such changes, the Company may need to request additional documents or information from you. Such information and documents include but are not limited to duly completed and/or executed (and, if necessary, notarized) tax declarations or forms.

If you do not provide the Company with the information or documents requested in a timely manner or if any information or documents provided are not up-to-date, accurate or complete you agree that the Company may take any relevant actions at any time as may be determined by the Company in its sole and absolute discretion to be required to ensure compliance with the applicable Laws and Regulations on the part of Company.

<u>保</u> 單	號碼	Polic	y N	umb	er																
	及授權 laratio		dΔ	utho	riza	tion	1														
本人	/我們班 本人/£	見申請	<b></b>	里上刻	亡之	更改	女事														
-	本/Vま 「有需§		_,									•		/IJ <i>F</i> )	/月1	乐门	トル	《紀里	貝	公 <sub>口</sub>	J11L/
2. 🏗	上項申記 E此申記	青在受	紀	人在生	主並	仍然	大 次	i合i	受傷	<b>R</b> 條	件日	庤,	經								上保」
5. 本例」 6. 本 受益	武公司 (本人/我位 (第 615 (本人/我位 (大,本人) (本人)	門提信 章所 門完 保單	共符 載 野 所	合 貴 村 白 須符	公人若本	可要/我們	京水門 單深法	之作 保 長明 例第	可效 單之 若 デ, 18	証 之最 本人 <b>82</b> 章	明文 終 /我 章	文件 實益	擁有配督者	有人 [偶] f地	<b>(</b> 如 或子 位修	有好例	) 及 受 》	本 <i>人</i> 益或 的規	月擬定		之授
本人	/我們讀	重此代	表	本人及	处所	有受	受傷	八月	司意	(及	授村	雚:									
記錄 2. 貴	任何僱3 者,及 責公司或 權對本	/或曾 戈任何	曾診順 可其:	歲或 『 旨定』	可能 と醫	將會 生享	會診 或化	>験z  :験p	<b>本</b> 人 沂,	. 及· 可:	任代	可一七保	位5 單夏	受保 更改	人申記	者, 青替	华本	可    人	客記 と 任	亥等 E何	資料 受保
本人	/我們臺	建明及	と同う	意已犯	隻所	有受	受傷	八夫	受棺	直及	同意	意本	人作	乍出	上	並授	윋槢	0			
com that	hereb plete a such c g) Com	nd a hang	re g je(s)	iven or s	to th ervi	ne b ice(s	oes s) v	t of will r	my not	/ou tak	r k	now effec	led t u	ge nles	and ss a	l be	elie	f an	d ı	no r	nate
2. The second of	I require require require information in the community of	rmati d formation d formation vide vide e dili o the unde ouse (Cha	s acon a man	ccepte and s part e req d doo ce or -mor and th hild(r 182	ed a tate of th ues cum n my ney nat i en) of t	ementer the period of the peri	ap nt poli r c ation lf/c ind e F nan La	pprovince made cy(ich hange on pourse lerin Police ned ws co	ved le i les) ge rod elve g a g a sy is	d by n the shape of second	the the control of th	e Corequested to the core core core core core core core cor	omplies  her  her  onfi  s ic  ma  er-T  icia  (""")  (""")	pan t ar wis irme den te b rerr o b iry(i	y d e sped be tity orise e for es)	urir pec by t do efic ef f or th of	ng the cific he cui ina ina the In	the er do ed. Comen own own incir ben e Po sucl	mp t a ner lic	etime pany and r of (Fir t of y, th	e arnts and the land or ple Pimst
I/We	hereb	y agı	ree	and a	auth	oriz	ze (	on b	eh	alf (	of r	nys	elf a	and	/or	the	In	sure	ed	that	:
pers infor 2. Th heal notw	ny empon, that mation he Conth state with st	t has to the npan us of nding	s an ne C y or mys my	y rec comp any self/th deat	ord: any of it ne li h o	s or : :s ap nsui r inc	kr ppo rec cap	nowl pinted in pacit	ed ed i rela y. /	ge o meo ation A ph	of r dica n to	me/t al ex o thi	he cam s A	Insi nine ppli of th	ers of cata	d ai	abo . T	who orate his a rizat	o h orie aut ior	es r thor	nay izat all b
I/We	decla	re an	d a	gree	that	l/w	e h	nave	th:	e fu	ıll a	auth	orit	y fr	om	an	d c	ons	en	t of	the

	於			於	
受保人簽署(如十八歲或以上) Signature of proposed insured (if aged 18 or above)	On	日 DD / 月 MM / 年 YYYY	受讓人簽署 (如適用) Signature of Assignee (if applicable)	On	日 DD / 月 MM / 年 YYYY
保單持有人 / 信託人簽署(如非受保人) Signature of Policy Owner / Trustee (if not the insured)	於 On	日 DD / 月 MM / 年 YYYY			