



保單資料更改申請表 Request for Change of Policy Information

一、保單資料 Information of Policy

保單編號 Policy No. : _____

受保人中英文姓名 Chinese & English Full Name of the Insured :	原保單持有人姓名 Name of Existing Policyholder:
---	---

請選擇適當之空格 Please tick the relevant box(es), 請以正楷填寫本表 Please complete this form in BLOCK letters.

二、新保單持有人資料 Details of the New Policyholder

中文姓名 Chinese Name		英文姓名 English Full Name (以身份證/出世紙/護照為準 as shown on ID Card/Birth Cert./Passport)			
生效日期 Effective Date (dd/mm/yyyy) :	出生日期 Date of Birth (dd/mm/yyyy) : / /		身份證/出世紙/護照號碼 ID/ Birth Cert./ Passport No. (請附影印本 Please Attach Copy)		
	性別 Sex <input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	婚姻狀況 Marital Status <input type="checkbox"/> 未婚 Single <input type="checkbox"/> 已婚 Married <input type="checkbox"/> 離婚 Divorced	職業 Occupation		
通訊地址 Correspondence Address				電郵 E-mail	
住宅 Home Tel No		工作 Office Tel No.		手提 Mobile	
與現時受保人的關係 Relationship to Existing Life Insured :					
本人/吾等現將上述保單轄下本人/吾等的權利、賠償金、利益及責任，轉讓予上述新的保單持有人。本人/吾等明白轉讓擁有權將自動撤銷現時指定的可撤換受益人、原保單持有人之信託安排及終止保單所附加之免繳保費利益、供款者免繳保費利益（如適用）。 I / We transfer all my / our rights, claim and interests in and obligations under the above policy to the New Policyholder stated above. I / We understand that this transfer of ownership will automatically revoke the existing revocable beneficiary designation & trustee arrangement and terminate the existing Waive Premium, Payer's Benefit (if applicable) on the Policy.					
原保單持有人簽署 Signature of Existing Policyholder		新保單持有人簽署 Signature of New Policyholder		不可撤換受益人簽署 (如適用) Signature of Irrevocable Beneficiary (if applicable)	
日期 Date		日期 Date		日期 Date	

三、新受益人資料 Details of the New Beneficiary(ies)

中文姓名 Chinese Name	英文姓名 English Full Name	出生日期 Birth Date	性別 Sex	身份證號碼 ID Card Number	與受保人關係 Relationship to Proposed Life Insured	百分比 Percentage

四、更改個人資料 Change of Personal Information

<input type="checkbox"/> 受保人 Insured		<input type="checkbox"/> 保單持有人 Policyholder		<input type="checkbox"/> 受益人 Beneficiary	
中文姓名 Chinese Name		英文姓名 English Full Name (以身份證/出世紙/護照為準 as shown on ID Card/Birth Cert./Passport)			
出生日期 Date of Birth (dd/mm/yyyy) : / /		身份證/出世紙/護照號碼 ID/ Birth Cert./ Passport No. (請附影印本 Please Attach Copy)		新簽名(只適用於更改簽名用) New Signature (For Change of Signature use only)	
性別 Sex <input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	婚姻狀況 Marital Status <input type="checkbox"/> 未婚 Single <input type="checkbox"/> 已婚 Married <input type="checkbox"/> 離婚 Divorced	職業 Occupation			

五、更改通訊地址 / 電話號碼 / 電郵 Change of Correspondence Address / Tel No. / E-mail

通訊地址 Correspondence Address		電郵 E-mail
住宅 Home Tel No	工作 Office Tel No.	手提 Mobile
生效日期 Effective Date (dd/mm/yyyy) :	<input type="checkbox"/> 只更改上述保單 For the above-mentioned Policy ONLY <input type="checkbox"/> 下列保單同時更改 For the following Policy ALSO :	

六、更改其他 Change of Others

<input type="checkbox"/> 更改繳費方式 Change of Payment Mode 生效日期 Effective Date (dd/mm/yyyy) :	<input type="checkbox"/> 年繳 Annual <input type="checkbox"/> 半年繳 Semi-Annual <input type="checkbox"/> 季繳 Quarterly <input type="checkbox"/> 月繳 (須提交自動轉帳授權書) Monthly (DDA Form attached) <input type="checkbox"/> 繳清保險 Paid-up					
	<input type="checkbox"/> 取消自動轉帳 (只適用於更改年繳/半年繳/季繳) Auto-pay Cancellation (Change to annual/semi-annual/quarterly payment only)					
<input type="checkbox"/> 更改保額 / 附加保障 Change of Sum Assured / Rider 生效日期 Effective Date (dd/mm/yyyy) :	基本計劃 / 附加保障 Basic Plan / Rider	新增 Addition	取消 Deletion	加額 Increase	減額 Reduction	保額 / 級別改至 New Sum Assured / Class
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 更改紅利分派方式 Change of Dividend Option 生效日期 Effective Date (dd/mm/yyyy) :	<input type="checkbox"/> 提取現金 Cash Withdrawal <input type="checkbox"/> 積存生息 Dividend Accumulation <input type="checkbox"/> 紅利抵付 Premium Reduction					
<input type="checkbox"/> 申請保單副本 Duplicate Policy Request	請同時填寫《保單遺失聲明書》及 繳交手續費 H K\$ 200.00 Submit with "Lost Policy Declaration" and Administration Fee of HK\$ 200.00					
<input type="checkbox"/> 其他 (請詳細說明) Others (Please state in details)						

保單持有人聲明 Declaration By The Policyholder

本人/吾等 謹此聲明及同意：

1. 上述之更改事項或服務必須符合下列所有條件方能生效：(i) 所有需要之款項及文件需完整無缺交抵；(ii) 申請時受保人在生並符合受保條件，經中國人壽保險(海外)股份有限公司香港分公司（下簡稱“貴公司”批准）。2. 此申請書連同貴公司要求之可保證明，將成為保單更改之根據，並作為保單之一部分（若有其他安排除外）。3. 貴公司從本申請表格或其他方式所收集或持有的本人/吾等的個人資料乃用於從事保險業務，並可能包括以下用途：(i) 任何保險或與財務管理有關的產品或服務，或就此作出的任何修改、更動、取消或續期；(ii) 任何賠償或對賠償作出的分析；及可能會把本人/吾等的資料轉移給任何有關公司或從事保險或與再保險業務有關的其他公司或中介人或提供與保險有關服務的理賠或調查機構或其他服務的提供者或已存在或不時組成的社團或保險公司聯會。本人/吾等有權查閱並要求更正由貴公司持有有關本人/吾等的個人資料，查閱資料的要求可向客戶服務部經理提出，地址為香港灣仔軒尼詩道 313 號中國人壽大廈 22 字樓。

WE HEREBY DECLARE AND AGREE THAT:

1. The above request for policy change or services will not take effect unless the following conditions are met: (i) Any required payment and documents are submitted in full. (ii) The request is approved by China Life Insurance (Overseas) Company Limited Hong Kong Branch (hereinafter called "the Company") during the lifetime and continued insurability of the life insurance. 2. This request and evidence of insurability of the insured if required by the Company shall be the basis for change in policy and will form a part of the Policy unless otherwise specified. 3. The information provided to the Company is collected to enable the Company to carry on insurance business and may be used for the purpose of (i) any insurance or financial related product or service or any alterations, variations, cancellation or renewal of them; (ii) any claim or analysis of it; and may be transferred to any related company or any other company carrying on insurance or reinsurance related business or any intermediary or claims investigator or other service provider providing services relevant to insurance business or any association or federation of insurance companies that exists or is formed from time to time. I/We have the right to obtain access to and to request correction of any personal information concerning myself/ourselves held by the Company. Requests for such access can be made to the Manager of Customer Services Department at 22F, CLI Building, 313 Hennessy Road, Wan Chai, Hong Kong.

保單持有人簽署 Signature of Policyholder 日期 Date 保險中介人簽署 Insurance Intermediary's Signature 分行/營業員編號 Branch/Agent Code

For Office Use Only	Checked by	Recorded by	Signature Verified by	Remarks
---------------------	------------	-------------	-----------------------	---------

健康狀況申報表

請在 當方格上填以 號

1. 身高	米/呎	體重	千克/磅	於過去一年內體重之增減	增/減	千克/磅
				體重之增減原因		
2. 台端顧問醫生之姓名及地址						
3. 台端之家屬中曾否有人患肺結核、肝炎、癌症、精神病?						
						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
4. 台端曾否使用任何可成癮藥物, 吸毒, 酗酒或曾接受戒毒或戒毒治療?						
						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
5. 台端曾否患有先天性缺陷疾病, 例如先天性心臟病, 多趾指, 皮膚毛髮色素減退症, 腦發育不全等?						
						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. 台端曾否有, 或獲告知患有, 或曾接受下列疾病之治療:						
(a) 肺結核病, 呼吸系統或肺部疾病?						
						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(b) 風濕性心臟病, 血壓病, 胸痛, 心臟, 血液或血管疾病?						
						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(c) 腸胃潰瘍, 肝或膽囊或消化器官之疾病?						
						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(d) 腎石或任何生殖泌尿系統病症?						
						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(e) 癲癇或任何精神病或神經不正常?						
						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(f) 癌症、腫瘤、性病、糖尿病、其它內分泌疾病及嚴重受傷?						
						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
7. 在過去台端曾否:						
(a) 接受過診檢如 X 光、心電圖、特殊血液檢驗及健康檢查?若是, 請詳述項目及結果。						
						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(b) 患有疾病, 接受過手術, 就診或留醫等而未在上述各項提及者?						
						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8. 台端日前是否接受治療或服用藥物?						
						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
9. 台端是否有可預見之醫療需要?						
						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
10. 台端曾否接受或企圖接受任何有關愛滋病況愛滋病綜合病徵之診察、輔導或治療, 或曾被通知患有上述提及之疾病?						
						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
11. 台端曾否被通知在愛滋病毒抗體測驗中呈陽性反應?						
						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
12. 台端曾否在過去三個月內持續超過一星期有下列病徵: 疲倦, 體重下降, 腹瀉, 淋巴核腫大或不尋常的皮膚潰瘍?						
						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
13. 婦女適用						
(a) 台端現在是否懷孕?						
						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(b) 台端曾否有乳房或婦科病症或產前產後期之併發症?						
						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
14. 台端過去有否因疾病、意外、受傷而獲得過任何賠償?						
						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
15. 在過去個 12 月內台端是否吸煙?						
						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如果吸煙, 請填寫下列: (a) 每日平均吸煙 _____ 支? (b) 吸煙已有 _____ 年						
16. 職業: _____ 工作性質: _____						
如上列 3-16 項問題中有“是”或“有”者, 請在此詳述並請列明:						

聲明及授權

- 本申請書所填寫的各項, 均屬真實, 可作為 貴公司發給合約/保單的根據, 並成為雙方合約的組成部份, 倘日後發現與事實不符, 即使合約/保單已繕發, 貴公司仍可不負任何責任。
- 除用書面申請, 經 貴公司主管簽字批准者外, 其他任何人不論口頭或文字允諾的條件或事情, 均為無效。
- 本受保人/保單持有人必須將應繳保費全數繳清, 合約/保單始生效力, 倘在未付以前或方付之時, 不幸已染病或遭意外引致身故, 2 貴公司可不負賠償責任。再者, 本受保人授權任何有關醫生、醫院、診所、保險公司或任何組織, 及凡熟悉我健康情況之人, 均可以將我過往之病狀、病歷等詳細向中國人壽保險海外股份有限公司香港分公司或其代表說明, 此授權書之副本亦屬有效。

要保人 _____ (簽署)
(倘非受保人)

受保人 _____ (簽署)
年 月 日

主管核准:

核保:

業務員編號:



中國人壽保險(海外)股份有限公司 香港分公司
China Life Insurance (Overseas) Co. Ltd. Hong Kong Branch

保單遺失聲明書 (補發副本)

本人_____ (身份證_____ 持有人), 不慎遺失中國人壽保險(海外)股份有限公司香港分公司(下簡稱 貴公司)人壽保險第_____ 號保單。特此聲明並要求補領保單副本乙份。本人特在此以訂立契約形式鄭重聲明及承諾, 本人同意在任何情況下若復得正本, 應即時將其歸還給 貴公司。當保單副本補發後, 原保單正本即告失效。同時, 本人亦同意支付補發保單副本手續費港幣貳佰元整。

本人並向 貴公司承諾, 若本人有違反本聲明書之任何承諾或本聲明書有任何與事實不符的情況, 本人將向 貴公司承擔一切法律責任及向貴公司賠償因此而導致 貴公司所蒙受的所有損失。

銀行/經辦人見證(蓋章或簽署)

保單持有人簽署
(須與要保書簽名一致)

銀行/經辦人代號: _____

請附身份證影印件

日期: _____

日期: _____

以下由保險公司填寫:

主管: _____ 覆核: _____ 印鑑核對: _____