

TravelCare Insurance Plan Enrollment Form

「暢遊樂」旅遊保險計劃投保表格

Enquiry no. 查詢電話：+852 2903 9391 Fax 傳真：+852 2968 0639

Please tick the appropriate box and * delete where inappropriate.
請✓適用方格及於*號刪去不適用者。

Please complete in BLOCK LETTERS. 請以英文正楷大寫填報。

All fields are mandatory, except the fields marked with #.
所有項目必須填報，惟#號之項目除外。

1 Proposer's information 投保人資料

Mr 先生 Mrs 太太 Ms 女士

Full name in English 英文姓名

Full name in Chinese 中文姓名

HKID card no. 香港身份證號碼

Date of birth 出生日期 D日 M月 Y年 Sex 性別 Male 男 Female 女

Marital status# 婚姻狀況#

Correspondence address 通訊地址

Contact Number (Please fill in at least one) 聯絡電話 (請填寫最少一項)

Email address #
電郵地址 #

Mobile phone no.
流動電話號碼

Day time telephone no.
日間聯絡電話

2 Insured person's information 受保人資料

	Insured persons 受保人			Relationship with proposer 與投保人關係	HKID card no./ passport no.* 香港身份證/ 護照號碼*	Date of birth (dd/mm/yy) 出生日期 (日/月/年)	Sex 性別		Occupation 職業 (Applicable to annual travel plan only) (只適用 於全年計劃)	Premium (HKD) 保費 (港元)
	Surname 姓	First name 名	Other name 別名				Male 男	Female 女		
1				Proposer 投保人			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
2							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
3							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
4							<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

4 Premium payment 繳付保費

<input type="radio"/> Cash 現金 <input type="radio"/> By cheque 以支票繳付		Cheque no. 支票號碼：		Bank name 銀行名稱：	
If the cheque issuer is not the proposer, please fill in the following information. 若支票發出人並非投保人，請填寫以下資料。 Relationship with the proposer 與投保人關係：					
<input type="radio"/> By credit card 以信用卡繳付					
Credit card type 信用卡類別		<input type="radio"/> VISA <input type="radio"/> MasterCard <input type="radio"/> American Express <input type="radio"/> Diners Club International			
Cardholder's name 持卡人姓名：					
Credit card no. 信用卡號碼：			Credit card expiry date 信用卡有效日期至： M月 Y年		
<p>The cardholder hereby authorizes Zurich Insurance Company Ltd to charge automatically the premium due from his / her credit card stated above including subsequent premium payment for renewal of this policy and accepts full responsibility for any overdraft on his / her credit card which arises as a result of such transfer. For the continuation of coverage, the cardholder understands that he / she should arrange sufficient credit balance in his / her credit card by the premium due date for the automatic debit of premium.</p> <p>Applicable only to the insured person who is insured under the Individual Plan for annual travel insurance: the insured person will become the policyholder for his/her insurance plan automatically at policy anniversary should the insured person reached the age of 18 and will be charged with the corresponding renewal premium in accordance with the premium table. Zurich Insurance Company Ltd will collect the renewal premium from the same payment account as stated above on due dates, unless informed otherwise.</p> <p>持卡人茲授權蘇黎世保險有限公司從他 / 她上述之信用卡以直接轉賬自動支付應繳保費金額包括往後續保的各期保費及同意因該等轉賬而令他 / 她信用卡出現透支，持卡人願承擔全部責任。為了持續的保障，持卡人明白他 / 她需於保費到期日前安排足夠的信貸餘額 / 款項於他 / 她的信用卡上作保費自動轉賬之用。</p> <p>只適用於受保人受保於全年旅遊個人保障計劃：如受保人於保單週年日時已年滿18歲，便會自動成為其保單的保單持有人，並會根據保費表收取相應的續保費用。蘇黎世保險有限公司將繼續於到期日時在以上付款賬戶收取續保保費，直至另行通知。</p>					
If credit cardholder is not the proposer, please fill in the following information. 若信用卡持有人並非投保人，請填寫以下資料。 Relationship with the proposer 與投保人關係：					
Signature of credit cardholder 信用卡持卡人簽署			Date 日期： D日 M月 Y年		

5 Declaration 聲明

- I/We* hereby apply for Zurich TravelCare Insurance Plan ("this Plan"). I/We* declare that to the best of my/our* knowledge and belief the information given on this enrolment form is true and complete in every respect and all information disclosed have been verified by me/us* as true and correct, and that no person listed hereon is travelling against the advice of any medical practitioner or for the purpose of obtaining medical treatment. I declare that I have full and complete authority from my spouse, relative(s), friend(s) to sign the application and disclose any personal information being requested to access the insurance application. I/We* agree that this enrolment form and declaration shall form the basis of the contract between me/us* and Zurich Insurance Company Ltd ("the Company").
 - I/We* authorize the Company to obtain medical information from my/our* medical practitioner(s) and I/We* agree to supply additional information relevant to the policy of this Plan at my/our* own expense.
 - Subject to the Company's consent, I/We agree that this policy will be automatically renewed if the premium is paid by credit card. I acknowledge and agree that the Company reserves the right to refuse to renew this policy and it will not be obligated to reveal the reasons for such refusal.
- 本人 / 吾等* 現投保蘇黎世「暢遊樂」旅遊保險計劃（「此計劃」）。本人 / 吾等* 謹此聲明本投保表格所列全部資料乃就本人 / 吾等* 所知一切據實填報，並經本人 / 吾等* 核實正確無誤，上述受保人是次出外旅遊並未違背專業醫生勸告或以尋求醫療為目的。本人聲明本人已獲得配偶、親屬、朋友授予全權，簽署此項投保申請，並提供任何個人資料作評核此項申請之用。本人 / 吾等* 明白本投保表格及聲明將構成本人 / 吾等* 與蘇黎世保險有限公司（「貴公司」）之間的合約依據。
 - 本人 / 吾等* 明白貴公司有權向本人 / 吾等* 之醫生索取有關病歷資料，本人 / 吾等* 亦同意提供任何進一步與此計劃保單有關之資料並自付所需費用。
 - 本人 / 吾等同意，如保費經信用卡或銀行戶口直接付款方式支付，本保單將會自動續保，惟須獲貴公司同意。本人確認及同意貴公司保留拒絕續保本保單之權利，並且毋須透露拒絕續保之原因。
- This insurance application will not be in force until it has been accepted by the Company and the premium has been paid.
 此保險申請須待貴公司覆核，接納投保書及繳訖保費後才能生效。

Notice to Customers relating to the Personal Data (Privacy) Ordinance (“Ordinance”)(continued)
有關個人資料(私隱)條例(「私隱條例」)的客戶通知(續)

- 2) 辦理付款要求及直接付款授權；
 - 3) 處理任何對客戶的索償、訴訟及 /或司法程序；以及行使本公司的權利(詳情見適用保單條款所定)，包括但不限於代位權；
 - 4) 編撰統計數字，或作會計及精算用途；
 - 5) 符合對本公司及 /或其所屬集團(「蘇黎世保險集團」)具約束力的任何本地或外國法例、規則、守則或指引的披露規定及如需要時進行核對程序；
 - 6) 遵循香港法院及監管機構作出的合法要求或指令，包括但不限於保險業監理處、香港保險業聯會、核數師、政府組織和政府相關機構；
 - 7) 債務追討；
 - 8) 便利本公司的認可服務供應商，就上述目的為本公司及 /或客戶提供服務；及
 - 9) 使本公司的實際或建議承讓人能夠評核擬進行涉及有關轉讓的交易。
2. 本公司可就強制性用途，向以下於香港境內或境外的人士提供任何客戶個人資料：
- 1) 蘇黎世保險集團成員公司，或任何進行保險或再保險相關業務的其他公司或中介人；
 - 2) 任何向蘇黎世保險集團提供行政、電訊、電腦、付款或其他與其業務運作有關的服務的代理人、承包商或第三方服務供應商；
 - 3) 第三方服務供應商，包括法律顧問、會計師、調查員、理賠師、再保公司、醫護及復康顧問、考察員、專家、維修人員、及資料處理者；
 - 4) 信貸諮詢機構、而在客戶欠賬時，任何債務追收代理或進行索償或調查服務的公司；
 - 5) 根據對蘇黎世保險集團或其任何關連機構具約束力的任何法例，及就任何由政府、監管或其他機關所頒佈且蘇黎世保險集團或其任何關連機構預期須遵守的任何規例、守則或指引而言，蘇黎世保險集團有責任向其作出披露的任何人士；
 - 6) 根據主管司法權區的法院的任何頒令的任何人士；及
 - 7) 蘇黎世保險集團的任何實際或建議承讓人或蘇黎世保險集團對保單持有人的權利的受讓人。
3. 由本公司收集或持有的保單持有人及受保人的某些個人資料，特別是姓名、聯絡資料、年齡、性別、身份證明文件資料、婚姻狀況、保單資料、索償資料、及醫療紀錄等，均可供本公司使用作以下自願性用途：
- 1) 為蘇黎世保險集團及 /或與本公司維持業務引薦關係或其他安排之其他金融服務供應商的保險及 /或金融產品及服務，及 /或其他商業合作夥伴之相關服務，提供市場推廣資料及進行直接市場推廣活動；
 - 2) 進行客戶研究分析及分層；及
 - 3) 就蘇黎世保險集團的服務及保險產品發展進行市場調查及保險研究。
- 未經客戶同意，本公司不得使用任何客戶的個人資料作上述自願性用途。在未有收到任何「反對」要求，本公司將把有關保險申請及持續投保，視作有關保單持有人及受保人之不反對本公司使用其個人資料作上述自願性用途。
4. 經保單持有人及受保人書面同意後，本公司可就上述自願性用途，向以下於香港境內或境外的人士提供其某些個人資料，特別是姓名、聯絡資料、年齡、性別、保單持有人及受保人的保單資料等：
- 1) 蘇黎世保險集團成員公司；
 - 2) 與本公司維持業務引薦關係或其他安排的其他銀行 /金融機構、商業或慈善組織；
 - 3) 第三方市場推廣服務供應商及保險中介人。
- 未經客戶書面同意，本公司不得向任何第三方提供有關客戶(特別指保單持有人及受保人)的個人資料作上述自願性用途。
5. 所有客戶均有權以書面向本公司之個人資料私隱主任(地址如下)要求查閱、修正及 /或更改由本公司所持有有關其本身的任何個人資料。如保單持有人及受保人欲反對本公司使用及提供其個人資料作上述自願性用途，亦可向本公司提出，並於有關反對要求中清楚註明要求人士之全名、身份證明文件編號、保單編號、電話號碼和地址。保單持有人及受保人亦可同時刪劃以上第3及4段(見斜字)以提出有關所有自願性用途之反對要求。
- 個人資料私隱主任
香港港島東華蘭路18號
港島東中心26樓
6. 根據私隱條例，本公司有權收取合理費用，藉以處理任何資料的查閱要求。
7. 本通知的中英文版本如有任何歧異或不一致，概以英文版為準。

I/We confirm that all information provided by me/us in this enrollment form is true, correct and accurate. I/We further confirm my/our agreement to all sections in this Enrollment Form, including without limitation, the above Declaration and the Notice to Customers relating to the Personal Data (Privacy) Ordinance.

本人 /吾等確認由本人 /吾等於此投保表格提供之所有資料均為事實正確無誤。本人 /吾等更確認同意本投保表格內之所有部分，包括但不限於上列之聲明細則及有關個人資料(私隱)條例的客戶通知。

Signature of proposer
投保人簽署：

Day 日 Month 月 Year 年
Date 日期

Zurich Insurance Company Ltd (a company incorporated in Switzerland)
蘇黎世保險有限公司(於瑞士註冊成立之公司)

25-26/F, One Island East, 18 Westlands Road, Island East, Hong Kong
香港港島東華蘭路18號港島東中心25-26樓

Telephone 電話：+852 2968 2288 Fax 傳真：+852 2968 0639 Website 網址：www.zurich.com.hk


ZURICH[®]
蘇黎世