

Citibank 醫療快線中國保險計劃申請表

請填妥並列印此申請表，然後郵寄至香港軒尼詩道郵政信箱 20151 號或傳真至 2917 6903。
(請在適當口加上√號)

A. 申請人資料 (必須年滿 18 歲)

英文姓名：_____ 性別： 男 女 香港身份證號碼：_____

出生日期(月/日/年)：_____ 住宅電話：_____ 手提電話：_____

辦公室電話：_____ 電郵地址：_____

通訊地址：_____

B. 受保人個人資料

受保人英文姓名：_____ 性別： 男 女 香港身份證號碼：_____

出生日期(月/日/年)：_____ 與申請人關係：_____ 回鄉證號碼：_____

職業：_____ 工作性質：_____

僱主名稱：_____

受益人：_____ 與受益人關係：_____

保障選擇： 計劃 1 計劃 2 全年保費 (港幣)：_____

C. 生效日期 (月/日/年)：_____

D. 繳費方法

本人授權蘇黎世保險從本人下述之信用卡賬戶支取「Citibank 醫療快線中國保險計劃」之全年保費。以下列方法繳款：

Citibank VISA 卡/萬事達卡 大來信用証

信用卡號碼：_____ 信用卡有效期至：_____

持卡人姓名(即申請人)：_____ 持卡人簽名：_____

(須與 Citibank 信用卡/大來信用証所用的簽署紀錄相同)

聲明

- 本人/吾等現申請「Citibank 醫療快線中國保險計劃」，謹此聲明本申請表所列全部資料乃就本人/吾等所知一切據實填報，上述受保人是次出外旅遊並未違背醫生勸告或以尋求醫療為目的。本人/吾等現時身體健康，並無任何殘廢或缺陷。吾聲明吾已獲得受保人授予全權，簽署此項申請，並提供任何個人資料作評核此項申請之用。本人/吾等明白本申請表及聲明將構成本人/吾等與蘇黎世保險(貴公司)之間的合約依據。
- 本人/吾等同意對所有保障範圍以外之醫療費用或所有超出所定限額之醫療費用，於收到貴公司通知十四天內付清。如欠款未能於限期內付清，本人將被終止一切預繳服務，同時亦須將醫療快線中國保證卡歸還貴公司，但對所有債務仍須負上責任。如遺失保證卡，本人須於四十八小時內向貴公司報失及須繳付港幣 100 元作補領費用。
- 本人明白緊急現金匯款服務需待國際(SOS)救援中心首先獲本人/吾等的費用保證，方可作出安排。
- 本人明白此申請表一經核受，保障便即時生效，而此申請表之內容及聲明將為此項保險合約之承保根據。
- 本人/吾等明白貴公司收集或持有的資料，不論以任何方式獲取，均可供貴公司使用或向在香港境內或境外之任何人或機構披露作以下用途：(1) 評核此項申請，(2) 辦理信用卡付款，(3) 提供本公司及關連機構的推廣資料，(4) 處理保險的索償或有關之分析。

申請人簽署：_____ 日期：_____

備註

- 凡 18 至 70 歲人士皆可投保。
- 每次旅程最長 100 日，全年旅程次數不限。
- 因戰爭引發的意外，或啟程前已患之傷疾或因分娩、酗酒或濫用藥物導致的傷病或有違醫生勸喻以及純粹以治療為目的之行程，均不獲保障。

保險承保人：



ZURICH[®]

蘇黎世