

旅行社領隊及導遊個人意外保險計劃

投保資格

年滿18歲至65歲之旅行社領隊

保障範圍

保障內容	最高賠償金額 / 港幣
1. 人身平安保險 <ul style="list-style-type: none"> • 身故 • 完全永久傷殘〔必須終身臥床或永久喪失工作能力〕 • 喪失兩肢〔指自手腕或足踝關節以上之分離喪失，或雙目失明、或喪失一肢及一目失明〕 • 喪失一肢或一目失明 	<p>300,000</p> <p>300,000</p> <p>300,000</p> <p>150,000</p>
2. 意外醫療費用	5,000
3. 24小時全球緊急支援服務 <ul style="list-style-type: none"> (1) 緊急醫療撤離或送返 (2) 送返遺體或骨灰 (3) 安排親友探望 (4) 安排未成年子女返港(年齡為十八歲以下) (5) 代墊入院按金擔保 <p>注意: (i) 此服務乃於「原居地」以外地方有效 (ii) 此服務不適用於該旅程超過90天</p>	<p>無限額</p> <p>無限額</p> <p>一張來回機票*</p> <p>一張單程機票*</p> <p>US\$6,500</p> <p>*經濟客位</p>

地區範圍

世界各地

保險年費

HKD390

續保優惠

如被保險人在承保年度不曾申索人身平安險保障項目，在保險單續保時，人身平安險保障金額可獲自動提高如下，保費不變。
 第一年續保：HKD350,000、第二年續保：HKD400,000、第三年續保：HKD450,000、第四年續保：HKD500,000
 最高累積提高保障金額不超過HKD500,000

主要不保事項

本保險不負責以下引致之損失：

1. 戰爭、類似戰爭的行動、恐怖活動、生化武器、內戰、叛變、罷工、暴動、或由於核子武器、核子游離輻射、核子燃料或其燃燒後產生的廢料所致輻射能的沾染。上述核子燃燒包括自發的核子分裂在內。
2. 疾病、傳染病或非因意外事故而進行內外科治療手術。
3. 投保前已存在之傷病。
4. 被保險人自願招惹不必要之危險(為企圖拯救別人之生命則除外)、自殺、自加傷害、或因觸犯刑章的不法行為。
5. 綁架、勒索、謀殺。
6. 被保險人因本身存在的缺陷或病症而遭受之身故或體殘，而此缺陷或病症未有事先申報或得本公司同意承保的。
7. 懷孕、分娩、難產、墮胎或流產。
8. 打獵、攀山(指需要利用繩索或誘導繩為輔助工具者)、滑雪、滑水、冬季運動、潛水、參加各種競賽、毆鬥，或因酒醉，服用藥物、神經錯亂。
9. 執行軍警、輔警、消防員和紀律部隊人員等有關職務。
10. 從事特技人、龍虎武師及有關演藝工作。
11. 從事空中飛行工作(以旅客身份乘搭航空公司或註冊航班機除外)。
12. 接觸機械動力機器、啤機、切割機等。
13. 從事30呎以上高空工作或在坑、井下20呎深處的有關工作。
14. 駕駛或乘坐電單車。
15. 從事碼頭及船上的有關工作。
16. 從事建築地盤的有關工作。

本保險計劃查詢熱線：2852 7401 陸建忠先生

本單張只作一般性簡介。有關條文細節，應以保險單為準。

中國太平保險(香港)有限公司
China Taiping Insurance (HK) Company Limited

旅行社領隊及導遊「個人意外保險計劃」投保書

*為方便輸入電腦，請以英文正楷填寫並於適當方格內加☑

被保險人資料

姓名：		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
通訊地址：			
聯絡電話：	出生日期：	年	月 日
香港身分證號碼：	會員證號碼：	職位：	
保險期效：自	起至	止 (首尾兩日包括在內)	

保障項目

保障金額(HK\$)

1. 人身平安保險	
♦ 身故	300,000
♦ 完全永久傷殘	300,000
♦ 喪失兩肢	300,000
♦ 喪失一肢或一目失明	150,000
2. 意外醫療費用	5,000
3. 24小時全球緊急支援服務	(隨保單附送)
每年續保自動遞增保額(適用於第1項人身平安險保障)	50,000 (最高保障金額至 500,000)

受益人資料

姓名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
聯絡電話：	與被保險人關係：
通訊地址：	

被保險人健康狀況及其他資料詳情

一、閣下是否申請投保人壽保險或其他人身意外保險而被拒絕、撤銷？或投保後，被修正或增加保費、取消或被拒絕續保等事？
 否 是，請說明：_____

二、閣下是否長期在香港境外工作？ 否 是，請說明 _____

三、閣下之身體健康狀況：

1. 是否健康？ 是 否，請說明 _____

2. 聽覺或視覺是否正常？ 是 否，請說明 _____

3. 四肢及身體其他部分是否健全？ 是 否，請說明 _____

4. 最近5年內沒有因疾病或遭受意外受傷接受治療或接受外科手術。 是 否，請說明 _____

收集個人資料聲明

閣下提供的資料，為本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；
- 任何索償或索償分析；及可能轉移予：現存或不時成立的任何有關的公司，或任何其他從事與保險或再保險有關的公司，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，或任何保險公司的協會或聯會。

閣下有權查閱及要求更正本公司持有有關閣下的個人資料。如有任何要求或查詢，請來函或聯絡本公司總經理辦公室經理。

投保人聲明

1. 本投保書所填各項俱屬真實，並無匿報，投保人同意以本投保書作為本公司訂立契約的基礎。
2. 投保人同意按照本公司保險單及批單上所訂的條件、條款等辦理。
3. 投保人同意本投保書在未經香港民安保險有限公司同意受保前，保險並不生效。

被保險人簽署 _____

日期 _____

For Office Use Only

Proposer Code :		Client Code :			IT :
M 201:	% 202:	% 203:	% 204:	% 213:	% AT :
S 201:	% 202:	% 203:	% 204:	% 213:	% SC :
O R: %	U/W System :	<input type="checkbox"/> KEA	<input type="checkbox"/> NEW	Policy No. :	

註：有關條文細節，應以保險單為準。

如欲投保，請填妥資料後傳真至(852) 2543 5926 或 (852) 2541 1004