

## 收集個人資料聲明

您提供的資料，為聯豐亨保險有限公司（“本公司”）提供保險業務所需，並可能使用於下列目的：

1. 處理及審批您的保險申請或您將來提交的保險申請；
2. 執行您保單的行政工作及提供與您保單相關的服務；
3. 分析或調查、處理及支付您保單有關的索償；
4. 發出繳交保費通知及向您收取保費及欠款；
5. 任何與保險有關的產品或服務的任何更改、變更、取消或續期；
6. 就以上用途聯絡您；
7. 本公司行使任何代位權；
8. 其它與上述用途有直接關係的附帶用途；及
9. 遵循適用法律、規則、規例、實守則或指引規定的要求，或協助相關本地或海外的政府、監管機構執法或進行調查，包括但不限於美國《海外帳戶稅收合規法案》和跨政府協議。

本公司亦可因應上述用途將您的個人資料移轉予下列各方（包括澳門境內或境外）：

1. 就上述用途，向本公司提供行政、通訊、電腦、付款、保安及其它服務的第三方代理、承包商及顧問（包括：醫療服務供應商、緊急救援服務供應商、電話促銷商、郵寄及印刷服務商、資訊科技服務供應商及數據處理服務商）；
2. 處理索賠個案的理賠師、理賠調查員及醫療顧問；
3. 追討欠款的收數公司或索償代理；
4. 保險資料服務公司及信貸資料服務公司；
5. 再保公司及再保經紀；
6. 本公司的法律及專業業務顧問；
7. 任何金融服務供應商的行業協會或聯會；
8. 任何有關的公司，或任何其他從事與保險或再保險業務有關的公司，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，以達到任何上述或有關目的；
9. 澳門金融管理局；及
10. 法例要求或許可的政府機關。

您在此授權本公司可向行業協會或聯會從保險業內收集的資料中查閱及/或核對您任何資料。此外，經您同意，本公司可能會以其它方式使用及披露您的個人資料。

本公司擬使用您的資料作市場推廣的直接促銷。本公司會遵從《個人資料保護法》內有關直接促銷的規定。若您不同意本公司使用或提供您的資料予其他人，藉以用於直接促銷，您應通知本公司以行使您不同意此安排的權利。

任何關於查閱及/或更正資料及/或索取關於私隱政策及所持有的資料種類的要求，及/或要求本公司不將該等個人資料用於直接促銷的用途，應以書面向本公司提出，地址為：澳門宋玉生廣場398號中航大廈四樓。

本公司專用	
代理人編號	保單編號
經辦人	覆核人

## 個人意外保險計劃 投保申請書

### 投保資料

本人/我等現申請投保下列所選擇之聯豐亨「個人意外保險計劃」：請於適當空格內加 [✓] 號

投保人： 本人  本人及配偶  本人及子女  本人及家屬（即本人、配偶及全部子女）

投保計劃選擇： 計劃 A  計劃 B **請附投保人的證件副本**

### 投保人資料

澳門居民身份證上之姓名 \_\_\_\_\_ 澳門居民身份證編號 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_ 年/\_\_\_\_月/\_\_\_\_日

職業 \_\_\_\_\_ 現職公司名稱 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

住宅地址 \_\_\_\_\_ 手提電話 \_\_\_\_\_ 電郵 \_\_\_\_\_

閣下是否有投保其他意外或人壽保險？  有  無

若 [有] 請填上保險公司名稱 \_\_\_\_\_ 保額 \_\_\_\_\_

### 擬投保之配偶/子女\* 資料

配偶姓名 \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_ 現職公司名稱 \_\_\_\_\_

出生日期 \_\_\_\_\_ 年/\_\_\_\_月/\_\_\_\_日 澳門居民身份證編號 \_\_\_\_\_

子女姓名 \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_ 學校/現職公司名稱 \_\_\_\_\_

出生日期 \_\_\_\_\_ 年/\_\_\_\_月/\_\_\_\_日 澳門居民身份證編號 \_\_\_\_\_

子女姓名 \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_ 學校/現職公司名稱 \_\_\_\_\_

出生日期 \_\_\_\_\_ 年/\_\_\_\_月/\_\_\_\_日 澳門居民身份證編號 \_\_\_\_\_

\*如多於兩名子女，請另紙填寫

### 受益人資料：法定繼承人

本保單由 \_\_\_\_\_ 年/\_\_\_\_月/\_\_\_\_日 起生效，為期一年。

### 聲明

- 本人/我等茲代表上述投保人聲明本人/我等現正身體健康，無任何身體或精神上之損傷或缺陷。
- 本人/我等茲聲明上述資料全屬正確無訛，並作為此投保合約之基礎，所有誤導或不真實資料，將會使投保合約失效。
- 本人/我等同意此合約以聯豐亨「個人意外保險計劃」之保單為準。本人/我等之投保申請為聯豐亨保險有限公司接納後，保單才正式生效。
- 本人/我等茲聲明同意及接受前述收集個人資料聲明之全部條文。

投保人簽署 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_ 年/\_\_\_\_月/\_\_\_\_日



聯豐亨保險有限公司

Luen Fung Hang Insurance Company Limited

澳門宋玉生廣場398號中航大廈四樓  
電話：(853)2870 0033 傳真：(853)2870 0088  
電郵：info@luenfunghang.com  
網址：http://www.luenfunghang.com



代理