

請回答下列問題 Please answer the following question:

是 Yes	否 No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

閣下之僱工曾否被拒絕接受投保意外或疾病保險，或被附加特別條件或要求繳付額外保費？
Has your domestic worker ever been refused and/or required special terms and/or additional premium for any accident or illness insurance?

(如問題之答案為“是”，請另加紙說明。 If your answer is "Yes", please give details on separate sheet.)

基本計劃(保障項目 1) Basic Plan (Section 1 only)

一年保費 1 Year Premium HK\$256 + HK\$29 Levy = HK\$285 (min) 二年保費 2 Year Premium HK\$442 + HK\$50 Levy = HK\$492

優越計劃(保障項目 1-6) Extra Care (Section 1-6)

一年保費 1 Year Premium HK\$358 + HK\$22 Levy = HK\$380

卓越計劃(保障項目 1-11) Super Care (Section 1-11)

一年保費 1 Year Premium HK\$658 + HK\$22 Levy = HK\$680 (min)

聲明 Declaration

- 本人同意美亞保險有限公司作為美安保險公司，香港分公司之代理，保單一切條款申請與否之權利；並明白申請一經接納及批准，保單立即生效。
- 本人同意此投保表格將與本人與美安保險公司，香港分公司訂立保險契約之證據。本人特此聲明此投保表格內所填報之資料，據本人所知並無虛假、不實及不確。
- 本人同意如本文之條款或實際上遇到任何爭議時，一概以英文版本為準；並同意此作為保險合約之證據。
- 本人現聲明並代表本人及任何有權或權利有權就本申請書要求保險賠償之人士向閣下列明：貴公司可保單，使用或披露貴公司所收保費或保單之任何有關本人之個人資料（包括保費表格內所載或從其他途徑取得），給予保險公司有關之人士/機構或任何指定之機構（在本申請書外的，包括再保險及其他服務公司及其有關的工業協會/團體），用作處理與本產品及其他保險產品及服務有關的申請及提供其轉接服務，直接投訴及資料特別用途，及因此等資料與本人或有關人士有關。本人明白到(1)本人已正式授權以轉授本人之員工的資料，包括發給有關通知引致有關的損失，轉寄或要求賠償，本人將必須負上全部的賠償責任及(2)本人有權向貴公司查詢及申請改正所有與本人及本人之員工有關的個人資料。有關申請可與貴公司聯絡查詢或致電美亞保險公司資料管理員辦理。
- I agree that American International Underwriters Ltd, the general agent of American Home Assurance Company, Hong Kong Branch, hereafter called the Company, reserves its right to accept or reject my application for insurance. If the proposal form is accepted and approved by the Company, the policy will become effective.
- I agree that this Proposal form shall be the basis of the insurance contract between me and the insurer, American Home Assurance Company, Hong Kong Branch. I declare that the information provided in this application is true, correct and complete to the best of my knowledge and belief.
- In the event of differences between the English and Chinese version of this Proposal form, the English version shall prevail. It is also understood that the insurance policy relevant to this Proposal form is issued in the English version only and will be binding upon this Proposal being accepted and approved.
- I hereby declare and agree on behalf of myself and any person or persons, who may have or claim any interest in any insurance on this application that, any personal information collected or held by the Company (whether contained in this Proposal form or otherwise obtained) is provided and may be held, used, and disclosed by the Company or any selected third party (within or outside of Hong Kong, including reinsurers and claims investigation companies and industry associations / organisations) for the purposes of processing this application and providing subsequent services on this and other financial products and services, direct marketing, and data marketing, and to communicate with me or the relevant persons(s) for such purposes. I understand that (1) I am duly authorised to release the information of my employees and will fully indemnify the Company for any losses, damages, or claims that might result from the release of such information for the purpose envisaged herein and (2) I have the right to obtain access to and to request correction of any personal information held by the Company concerning me and my employees(s). Such requests can be made to the Company's Data Privacy Officer at G.P.O. Box 456, Hong Kong.

保費付款方式 PAYMENT METHOD

支票付款 PAYMENT BY CHEQUE

支票號碼 Cheque No.:

銀行 Bank:

請將支票寄到下列地址保險有限公司。
Crossed cheques should be payable to "AIG Ltd".

信用卡付款 PAYMENT BY CREDIT CARD

信用卡付款授權書 CREDIT CARD PAYMENT AUTHORIZATION FORM

VISA VISA Card MasterCard 萬事達卡 MasterCard

信用卡號碼 Card No.:

信用站屆滿日期

Expiry Date: (月 / MM 年 / YY)

信用卡持有人姓名

Card Holder's Name:

信用卡持有人簽名

Card Holder's Signature:

日期 Date:

本人現聲明並代表本人之VISA/MASTER/PCIA客戶申請書所註明之簽署。
I hereby authorize and request American International Underwriters, Ltd to charge my VISA / MASTER Card account for the premium stated on this application form.

代理人姓名 Agent Name

代理人編號 Agent Code

代理人聯絡電話 Agent's Contact Tel

本小冊子謹提供保單摘要，保單承保範圍請參照保單條款及細則。

如需要保單樣本，歡迎向美亞保險有限公司索取。

This brochure provides only a summary of the policy benefits. Coverage under the policy shall be subject to the terms and conditions of the policy. A copy of the policy is available from American International Underwriters, Limited upon request.

地址：香港司徒拔道1號友邦大廈5樓

Address: 5/F., AIA Building, 1 Stubbs Road, Hong Kong

熱線電話 Hotline Tel: 2832 1655 傳真 Fax: 2832 9514

Underwritten by: American Home Assurance Company, Hong Kong Branch
General Agent: American International Underwriters, Ltd.

由美安保險公司，香港分公司承保
美亞保險有限公司代理

代理人資料：



PTU0003251

家傭靈活保

Domestic Worker Protector



美亞保險有限公司
American International Underwriters, Limited

美國國際集團成員

AIG 美國國際集團成員

僱主簽名
Signature of Employer: _____ 日期
Date: _____

基本計劃：保障範圍只適用於第1項

優越計劃：保障範圍只適用於第1-6項

卓越計劃：保障範圍只適用於第1-11項

項目	保障範圍	每年最高賠償額(HK\$)
1	僱員賠償保障 保障僱主對受聘家傭因工傷亡之勞工法例賠償及應履行之法律責任。	\$100,000,000
2	二十四小時人身意外保障 賠償家傭因工或非因工在意外中導致之傷亡，包括： a) 意外身亡或斷肢 b) 因意外受傷導致之醫療及牙齒整理費用	\$120,000 \$20,000
3	住院及手術費用賠償 保障僱主如要履行家傭合約上所需支付之住院及手術費。 a) 每天住院入息賠償 (最多40天) b) 手術費用賠償	\$30,000 每天\$350 \$16,000
4	送返原居地費用 賠償僱主因家傭逝世或健康不宜繼續受聘而需送返遺體或其本人往原居地之費用。 a) 因健康不宜繼續受聘 b) 遺體送返	\$3,000 \$15,000
5	家傭財物保障 賠償家傭在僱主居所及承保範圍內引致之財物損失。	\$3,000
6	家傭誠信保障 保障僱主因所聘之家傭作出不忠實之行為而招致財物有所損失。	\$4,000
7	門診保障 保障僱主因家傭在港因意外/疾病而由註冊醫生應診之實際門診費用。每天每次最高賠償\$150。	\$4,000
8	牙醫費用保障 保障僱主因家傭在港因牙疾而由註冊牙醫應診之實際費用。例如口腔手術、膿腫治療、X-光照射、脫牙或補牙。 因受保家傭牙患所引致之醫療費用，可獲實際支出之2/3賠償。	\$2,000
9	家傭法律責任保障 保障投保人及/或其家傭於工作期間內疏忽而引致的第三者身體受傷或財物損失之金錢索償。 a) 第三者意外身體受傷 b) 第三者意外財物損失	\$30,000 \$5,000
10	轉換僱傭保障 保障僱主因家傭健康不宜繼續受聘而需轉換僱傭所須之費用。	\$6,000
11	臨時僱工津貼保障 保障僱主因家傭暫時住院（需住院超過1天）而需另聘臨時家傭替代的費用，每天最高賠償為港幣250元，最長每年30天。	\$7,500

- 1) 主要不保障項目：受保前已存在之所有疾病或受傷均不在2, 3, 4及7項目之受保範圍內。
- 2) 保障項目3, 7及8：等候期為保單生效日期之首14天。
- 3) 保障項目3, 5及6：每宗賠償的自負額為港幣200元。
- 4) 投保年齡18-60（六十歲以上須經審核及批准）。
- 5) 優越計劃及卓越計劃只適用於有簽署海外僱傭合約之家庭傭工。

「家傭靈活保」申請書 “Domestic Worker Protector” Application Form

生效日期 由 _____ (月 / MM 日 / DD 年 / YY)
Effective Date: From _____ (月 / MM 日 / DD 年 / YY)

(不可為選擇保單生效日期 Back-dating is unacceptable)

僱主資料 Information of Employer

僱主姓名 Full Name of Employer:

姓 Surname _____ 名 Given Name _____

香港身分證號碼

H.K.I.D. Card No.: _____ ()

職業

Occupation: _____ 手提電話號碼

辦公室電話號碼

Office Tel. No.: _____ 住宅電話號碼

通訊地址

Mailing Address: _____

香港島 HK 九龍 KLN 新界 NT 離島 Outlying Island

傭工受保地址

Place of employment _____

(如與上述地址不同)

(if different from above)

香港島 HK 九龍 KLN 新界 NT 離島 Outlying Island

家傭資料 Information of Domestic Worker

家傭姓名 Full Name of Domestic Worker:

姓 Surname _____ 名 Given Name _____

出生日期

Date of Birth: _____ (月 / MM 日 / DD 年 / YY)

護照或香港身份証號碼 Passport or HKID Card No.: _____ ()

(請附上家傭護照/身份證副本 Please attach with Passport / I.D. Copy)

性別 Sex: 女性 Female 男性 Male

國籍 Nationality: 菲律賓 Philippines 泰國 Thailand 印尼 Indonesia

其他 Others - 請註明 (Please State)

性質 Nature: 全日 Full-time 兼職 Part-time

工作 Duties: 一般家務 Domestic works 司機 Chauffeur *

其他 Others: _____

* 需付加額外保費 Subject to special rating / extra premium