

Health Condition 被保人健康狀況	<input type="checkbox"/> Good 健康 <input type="checkbox"/> 有需注意狀況，_____	Regular Exam. 例行性體檢	<input type="checkbox"/> 無； <input type="checkbox"/> 有，最近一次年份 _____		
Telephone & Fax 電話與傳真	(H 家) (O 公司) (M 手機) (Fax 傳真)	(H 家) (O 公司) (M 手機) (Fax 傳真)			
Residential Address 住宅地址 (需同水/電/ 信用卡帳單地址)					
Policy Owner Address 要保人通訊地址 (相關通知收受地)					
Policy Owner Email 要保人電子信箱					
Employer Information .受雇資料					
Employer Co. Name 受僱公司名稱					
Company. Address 公司地址					
Occupation 職位					
Business Nature 業務性質					
Length of Service 服務年資					
Total in force and pending insurance on proposed insured's life in all companies Information 「被保險人」現在於所有保險公司已生效或待批核的保障					
	Name of Insurance Company 承保公司名稱	Date of Issuance (YY/MM/DD) 保單簽發日期	Sum Insured/Benefit (HK\$) 投保額/保障 (港幣)		
Life Insurance 人壽保險					
Disability Income 失能保險					
Critical Illness 重大疾病險					
Personal Accident 個人意外					
Hospital Benefit/Income 醫療/住院津貼保險					
Details of Beneficiary 受益人資料					
Surname 姓	Given Name 名	Age 年齡	ID No. 身份證號	Relationship to proposed insured 與被保險人之關係	Share Percentage 分配比例 (%)