



® Sun Flower Insurance Brokers Limited
Placing through Sun Flower Insurance Agency Limited
Room 1105-08, Hing Yip Commercial Centre, 282 Des Voeux Road Central, Hong Kong
Tel: 2521 1881 Fax: 2521 1919 Email: vip@sunflowergroup.com.hk www.sunflowerVIP.com
Thank you for considering Sun Flower to be one of your selected intermediaries.
We are pleased to get in touch should you have any enquiry regarding the captioned insurance.



Care Choice Personal Accident Insurance Plan Coverage Request Form

「隨心保」個人意外保險計劃保障申請表

Please ✓ the appropriate box and * delete where inappropriate. 請 ✓ 適用方格及於*號刪去不適用者。

Please use blue or black ink and write clearly in **BLOCK LETTERS**. Please complete the form in English. 請用英文大楷清晰填寫資料。

All fields are mandatory, except the fields marked with #. 所有項目必須填報，惟#號之項目除外。

1. Applicant's information 投保人資料

Mr 先生 Mrs 太太 Ms 女士

Last name 姓 First name 名 Chinese name 中文姓名

Date of birth 出生日期 Day日 Month月 Year年 HKID card no. 香港身份證號碼

Gender 性別 Male 男 Female 女

Occupation 職業 Email address 電郵地址

Correspondence address 通訊地址 Flat/Room* 室/單位* Floor 樓 Block 座 Building 大廈

Estate name/No. & name of street/Lot no.* 屋苑名稱/街名及門牌/地段* District 地區 HK/KLN/NT* 香港/九龍/新界*

Mobile phone no. 流動電話號碼 Day time telephone no. 日間聯絡電話

2. Insured person's information 受保人資料

	Insured person 受保人1	Insured person 受保人2	Insured person 受保人3	Insured person 受保人4
Last name 姓				
First name 名				
Gender 性別	<input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女	<input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女	<input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女	<input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女
HKID card no./ Birth certificate no.* 香港身份證號碼/ 出世紙號碼*				
Date of birth (dd/mm/yy) 出生日期 (日/月/年)	D M Y 日 月 年	D M Y 日 月 年	D M Y 日 月 年	D M Y 日 月 年
Relationship with applicant 與投保人關係				
Occupation/Job nature 職業/行業				
Occupation class ¹ 職業類別 ¹				
Part-time occupation (if applicable) 兼職職業 (如適用)				
Total annual income (including double pay and bonuses) (HKD) 每年總收入 (包括雙糧、花紅 等) (港元)				

¹ Please refer to the product leaflet for the table of occupation class. You can check with Zurich if you cannot determine the occupation class.
請參閱銷售冊子之職業分類表。若未能確定所屬職業類別，請向蘇黎世查詢。

3. Choice of cover and plan level 保障項目及計劃級別

	Insured person 受保人1	Insured person 受保人2	Insured person 受保人3	Insured person 受保人4
Junior Plan 幼青計劃	<input type="checkbox"/> Plan 計劃 A <input type="checkbox"/> Plan 計劃 B	<input type="checkbox"/> Plan 計劃 A <input type="checkbox"/> Plan 計劃 B	<input type="checkbox"/> Plan 計劃 A <input type="checkbox"/> Plan 計劃 B	<input type="checkbox"/> Plan 計劃 A <input type="checkbox"/> Plan 計劃 B
Adult Plan 成年計劃	Please answer the following question: 請回答以下問題：			
Accidental death & permanent disablement (If the insured is a housewife/househusband, unemployed, retired, the max. sum insured will be limited to HKD 1,000,000) 意外死亡及永久傷殘 (如受保人是家庭主婦/家庭主夫、失業人士或退休人士，意外 死亡及永久傷殘之投保額上限為1,000,000港元)	<input type="checkbox"/> 500,000 <input type="checkbox"/> 100,000 <input type="checkbox"/> 1,500,000 <input type="checkbox"/> 2,000,000 <input type="checkbox"/> 3,000,000 <input type="checkbox"/> 4,000,000	<input type="checkbox"/> 500,000 <input type="checkbox"/> 100,000 <input type="checkbox"/> 1,500,000 <input type="checkbox"/> 2,000,000 <input type="checkbox"/> 3,000,000 <input type="checkbox"/> 4,000,000	<input type="checkbox"/> 500,000 <input type="checkbox"/> 100,000 <input type="checkbox"/> 1,500,000 <input type="checkbox"/> 2,000,000 <input type="checkbox"/> 3,000,000 <input type="checkbox"/> 4,000,000	<input type="checkbox"/> 500,000 <input type="checkbox"/> 100,000 <input type="checkbox"/> 1,500,000 <input type="checkbox"/> 2,000,000 <input type="checkbox"/> 3,000,000 <input type="checkbox"/> 4,000,000
Please refer to the table of sum insured for occupation class limit 請參閱投保額一覽表以了解職業類別的保障限額。				
Hospitalization expenses (Optional benefit) 住院費用 (自願性保障)	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> 5,000 <input type="checkbox"/> 10,000 <input type="checkbox"/> 15,000 <input type="checkbox"/> 20,000 <input type="checkbox"/> 30,000 <input type="checkbox"/> 50,000	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> 5,000 <input type="checkbox"/> 10,000 <input type="checkbox"/> 15,000 <input type="checkbox"/> 20,000 <input type="checkbox"/> 30,000 <input type="checkbox"/> 50,000	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> 5,000 <input type="checkbox"/> 10,000 <input type="checkbox"/> 15,000 <input type="checkbox"/> 20,000 <input type="checkbox"/> 30,000 <input type="checkbox"/> 50,000	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> 5,000 <input type="checkbox"/> 10,000 <input type="checkbox"/> 15,000 <input type="checkbox"/> 20,000 <input type="checkbox"/> 30,000 <input type="checkbox"/> 50,000
Please refer to the table of sum insured for occupation class limit 請參閱投保額一覽表以了解職業類別的保障限額。				
Weekly income benefit (Optional benefit) (If the answer is "yes" for the above question, the max. sum insured will be limited to HKD 4,000 per week) 每週入息保障 (自願性附加保障) (若上述問題答「是」者，每週入息保障之投保額上限 為每週4,000港元，最長保障期為52週)	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> 1,000 <input type="checkbox"/> 1,500 <input type="checkbox"/> 2,000 <input type="checkbox"/> 2,500 <input type="checkbox"/> 3,000 <input type="checkbox"/> 4,000	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> 1,000 <input type="checkbox"/> 1,500 <input type="checkbox"/> 2,000 <input type="checkbox"/> 2,500 <input type="checkbox"/> 3,000 <input type="checkbox"/> 4,000	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> 1,000 <input type="checkbox"/> 1,500 <input type="checkbox"/> 2,000 <input type="checkbox"/> 2,500 <input type="checkbox"/> 3,000 <input type="checkbox"/> 4,000	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> 1,000 <input type="checkbox"/> 1,500 <input type="checkbox"/> 2,000 <input type="checkbox"/> 2,500 <input type="checkbox"/> 3,000 <input type="checkbox"/> 4,000
Please refer to the table of sum insured for occupation class limit 請參閱投保額一覽表以了解職業類別的保障限額。				
Elderly Plan 長者計劃	<input type="checkbox"/> Plan 計劃 A <input type="checkbox"/> Plan 計劃 B	<input type="checkbox"/> Plan 計劃 A <input type="checkbox"/> Plan 計劃 B	<input type="checkbox"/> Plan 計劃 A <input type="checkbox"/> Plan 計劃 B	<input type="checkbox"/> Plan 計劃 A <input type="checkbox"/> Plan 計劃 B

Signature of applicant
投保人簽署

Date
日期