

Domestic Helper Insurance Application Form

If you are interested to apply for this insurance, please fax to (852)2529 2509 or send it to The Tokio Marine and Fire Insurance Co. (HK) Ltd, 27th Floor, United Centre, 95 Queensway, Hong Kong



東京海上火災保險(香港)有限公司
The Tokio Marine and Fire Insurance Co. (HK) Ltd.
27th Floor, United Centre, 95 Queensway, Hong Kong
Tel: (852) 2529 4401 Fax: (852) 2529 2509
Website: www.tokiomarine.com.hk
MILLEA GROUP

Details of Applicant

Full Name Mr. ☐ Ms ☐

HKID No

Correspondence Address

Occupation

Home Tel

Office Tel

Email Address

Domestic Helper's Information

1 Full Name (Mr / Ms - please delete as appropriate)

HKID / Passport No.

Position ☐ Helper ☐ Gardener
☐ Others (please specify)

Date of Birth (dd / mm / yyyy)

Country of Origin

2 Full Name (Mr / Ms - please delete as appropriate)

HKID / Passport No.

Position ☐ Helper ☐ Gardener
☐ Others (please specify)

Date of Birth (dd / mm / yyyy)

Country of Origin

Insurance Cover

Commencement date

D D M M Y Y Y Y

Period of Insurance

☐ One Year

☐ Two Year

Declaration

1.I declare that no insurer has ever cancelled, declined, refused to renew or imposed special terms or conditions on any policy held by myself and I have not withheld any material information and I / We accept that this application and declaration shall be the basis of and incorporated in the contract between I / We and The Tokio Marine and Fire Insurance Co. (HK) Ltd.
(" the Company ").

2.I understand that the liability of the Company does not commence until this proposal has been accepted by the Company and the premium has been paid.

Personal Information Collection Statement

I understand and agree that any personal information is collected or held by the Tokio Marine and Fire Insurance Co. (HK) Ltd. (" the Company ") to enable the Company to carry in insurance business and may be used, stored, disclosed and transferred (within or outside of Hong Kong) to any individuals / organizations associated with the Company or any selected third party as the Company may consider necessary for the purpose of :

- (1) any insurance or financial related product or service or any addition, alternation, variations , cancellation or renewal or reinstatement of them;
- (2) any scope of insurance coverage, claim processing / investigation, any analysis of it and data matching;
- (3) promotion of financial products or services by the Company and its affiliated companies; and
- (4) communicating with me / us / the insured or any relevant organization/ person as the Company may consider necessary. I / We have the rights to obtain the " Privacy Policy Statement " access to and to request correction of any personal information concerning myself/ ourselves held by the Company. Such request could be made to the Company's Compliance Officer at 27th Floor, United Centre, 95 Queensway, Hong Kong.

Date of Application:

Applicant's Signature:

For Office Use Only

Account Name:

Account Code:

Policy No.:

Underwriting Approval:

完美代理有限公司
Perfect Insurance Agencies Limited
Tel : 2384 0099 Fax : 2384 0101
Email : info@perfectins.com.hk

家庭僱傭保險申請表

如欲投保，請傳真至 (852) 2529 2509或郵寄至東京海上火災保險(香港)有限公司，
香港金鐘道九十五號統一中心二十七樓



東京海上火災保險(香港)有限公司
The Tokio Marine and Fire Insurance Co. (HK) Ltd.
香港金鐘道九十五號統一中心二十七樓
電話: (852) 2529 4401 傳真: (852) 2529 2509
網址: www.tokiomarine.com.hk

MILLEA GROUP

投保人資料

姓名 ☐ 先生 ☐ 女士 ☐

香港身份證號碼

通訊地址

職業

住宅電話

辦公室電話

電子郵箱

家傭資料

1 姓名(先生 / 女士 — 請刪除不適用者)

香港身份證號碼/護照號碼

職位 ☐ 家傭 ☐ 園丁
☐ 其他 (請註明)

出生日期(日/月/年)

國籍

2 姓名(先生 / 女士 — 請刪除不適用者)

香港身份證號碼 / 護照號碼

職位 ☐ 家傭 ☐ 園丁
☐ 其他 (請註明)

出生日期(日/月/年)

國籍

投保期限

生效日期

日 月 年

投保期

☐ 1年

☐ 2年

個人資料收集聲明

- 1.本人(我們)明白此次投保申請書內的資料就本人(我們)所知所信，全部真實無訛。
本人(我們)明白此投保申請書將成為本人(我們)與東京海上火災保險(香港)有限公司(簡稱“該公司”)簽訂合約的依據。
- 2.本人(我們)明白及同意此保單將於東京海上火災保險(香港)有限公司核准此申請書並已獲得保險費之後方能正式生效。

個人資料收集聲明

本人(我們)理解並同意，我們的個人資料可以由東京海上火災保險(香港)有限公司(簡稱“該公司”)收集並保留以便開展保險業務，並可由其使用、保存、透露或者轉交(在香港之內或者之外)給和該公司有關的個人/機構，或者該認為必要選定的第三方，以用於以下目的：

- 1) 任何與保險或者財務相關的產品或者服務，以及服務的增加、替換、改動、取消、更新或者還原；
- 2) 任何索償，或該等索償的調查或分析以及資料查詢；
- 3) 該公司及其附屬公司對於產品或者服務的推廣及
- 4) 該公司認為在有必要情況下而與本人/我們/投保方或者任何相關的組織和個人而進行的溝通。本人/我們有權訪問我們的“隱私政策聲明”並要求修改任何本人/我們的個人資料，若有此需要可寫信並寄至香港金鐘道九十五號統一中心二十七樓向本公司協聯人提出。

申請日期:

申請人簽署：

本公司專用

帳戶名：

帳戶代碼：

保單號碼：

核批人簽署：

完美保險代理有限公司

Perfect Insurance Agencies Limited

Tel : 2384 0099 Fax : 2384 0101

Email : info@perfectins.com.hk