

收集個人資料聲明

1. 閣下需要不時向富衛人壽保險(香港)有限公司 / 富衛人壽(香港)有限公司(「本公司」)或本公司的代理及代表就本公司的服務及產品提供個人資料及詳情。如未能提供所需資料及詳情,可能會導致本公司無法向閣下提供或繼續提供有關服務及產品。
2. 本公司亦可以利用閣下提供的資料及詳情製作及匯編額外的個人資料。本公司不時收集、製作及匯編的所有個人資料,以下統稱為「閣下的個人資料」。
3. 「閣下的個人資料」亦包括由閣下提供有關閣下的受養人、受益人、獲授權代表及其他人士的資料。如閣下代表他人提供個人資料,閣下確認閣下乃是他們的父母或監護人或閣下已取得有關人士之同意提供有關人士之個人資料予本公司作本聲明之用途。
4. 如本聲明所述,閣下的個人資料亦可能被本公司的附屬公司、控股公司、聯營或聯屬公司或本公司控制的公司或與本公司受共同控制的公司(統稱「本集團」)處理。
5. 閣下的個人資料可能用於以下用途:
 - (i) 向閣下提供本公司的服務及產品包括管理、維持、處理及運作有關服務及產品;
 - (ii) 處理、評估及決定閣下就本公司的服務或產品而提出的任何申請或要求,以及維持閣下在本公司的賬戶;
 - (iii) 發展保險及其他金融服務及產品;
 - (iv) 發展及維持本公司信貸及風險之相關模型;
 - (v) 處理付款指示;
 - (vi) 釐訂任何欠付閣下或閣下所欠的負債,及向閣下或任何為閣下的債務提供擔保或其他承諾的人士收取及追討欠款;
 - (vii) 行使與本公司的服務及 / 或產品有關的任何權利;
 - (viii) 就本公司之服務及產品作出資格、信貸、身體、醫療、擔保、承保及 / 或身份核証;
 - (ix) 用於任何因本公司的產品或服務而由閣下提出或本公司對閣下提出的申索,包括作出、抗辯、分析、調查、處理、評核、決定、回應、解決或和解有關申索以及偵測和防止欺詐行為(無論是否與就此申請而發出的保單有關)所需的目的;
 - (x) 進行保單審閱及需求分析(不論是否定期進行);
 - (xi) 本公司或本集團的其他成員根據任何法律、規則、規例、實務守則或指引(不論在香港境內或境外適用)要求而須作出披露,包括向任何法定機構、監管機構、政府機構、稅務機構、執法機構或其他機構(包括為遵守制裁法、避免或偵查洗錢、恐怖分子資金籌集或其他不法活動)或向任何獨立監管或行業團體(如保險業聯會或協會等)作出披露;
 - (xii) 作本公司或本集團的任何成員的客戶服務、市場推廣、統計或精算研究;及
 - (xiii) 履行與上文第(i)至(xii)段直接有關的其他用途。
6. 閣下的個人資料將被保密但為達成上文第5段列出的用途,本公司可能將閣下的個人資料轉移、披露、讓其查閱或與以下各方共同使用:
 - (i) 本集團的其他成員;
 - (ii) 任何因本公司業務而聘用之經營保險相關及 / 或再保險相關業務之人士或公司;
 - (iii) 任何因本公司業務而聘用的治療師、醫院、診所、醫生、化驗所、技師、損失理算人、風險情報供應商、索賠調查人、整合保險業申索和承保資料的組織、防欺詐組織、其他保險公司(無論是直接地,或是通過防欺詐組織或本段中指名的其他人士)、警察、和保險業就現有資料而對所提供的資料作出分析和檢查的數據庫或登記冊(及其運營者)、法律顧問及/或其他專業顧問;
 - (iv) 任何向本公司之業務提供行政、分銷、信貸資料庫、債務追討、電訊、電腦、熱線中心、資料處理、付款處理、印刷、贖回或其他服務的代理人、承包商或服務供應商;及 / 或
 - (v) 任何本公司或本集團的其他成員負責任或需要或預期要根據任何法律、規則、規例、實務守則或指引(不論在香港境內或境外適用)作出披露的官員、規管者、部門、執法代理或其他人士(不論在香港境內或境外)。
7. 閣下的個人資料可能被轉移或披露予任何承讓人、受讓人、本公司業務的任何實質部分的參與人或次參與人。
8. 本公司只可在閣下作出書面同意或不反對的情況下 (i) 使用閣下的個人資料作直接促銷用途,或 (ii) 將閣下的個人資料提供予其他人士或公司作其直接促銷用途。
9. 就直接促銷而言,本公司擬:
 - (i) 使用本公司不時持有的閣下姓名、聯絡資料、服務及產品組合資料、財務背景及人口統計資料作直接促銷用途;銷售本公司、本集團其他成員及 / 或本公司之業務夥伴(即以下產品及服務的供應商)不時提供的下列服務及產品:
 - a. 保險服務及產品;
 - b. 財富管理服務及產品;
 - c. 退休金、投資、經紀、財務諮詢、信貸及其他金融服務及產品;
 - d. 健康檢查及健康服務及產品;
 - e. 媒體、娛樂及電信服務;
 - f. 獎賞、客戶忠誠或優惠計劃及相關服務及產品; 及
 - g. 為慈善及 / 或非牟利用途的捐款及捐贈。
 - (ii) 將閣下的姓名及聯絡資料提供予本集團任何成員及 / 或本公司之業務夥伴,讓其用於直接促銷上文第9(i)段所載的服務或產品(如為業務夥伴,則包括作金錢或其他商業利益)。
10. 閣下亦可於任何時間致函本公司以下地址,藉以拒絕直接促銷。
11. 為達成上文第5及第9段所列出的目的,本公司可能將閣下的個人資料轉移、披露、讓其查閱或與上文第6及第9(ii)段所列的各方共同使用及閣下知悉有關一方可能設在香港以外的地方及閣下的個人資料可能被轉往的地方未必設有與《個人資料(私隱)條例》大致相同或用作同一用途的資料保護法。
12. 根據《個人資料(私隱)條例》,閣下有權要求查閱本公司所持有閣下的個人資料,並要求改正閣下的不正確個人資料及本公司有權就處理及遵行閣下的查閱資料要求而收取合理費用。
13. 查閱或改正閣下的個人資料要求,應以書面形式向下列人士提出:

資料保護主任
富衛人壽保險(香港)有限公司 / 富衛人壽(香港)有限公司
香港鰂魚涌英皇道979號太古坊德宏大廈18樓

如閣下有任何疑問,敬請致電本公司之客戶服務熱線2199 1000。
14. 中英文本如有歧異,概以英文本為準。
15. 本公司保留隨時增補、更改、更新及修訂本聲明之權利,並任何更改將於發出通知時起生效。

Disability Claim Form – Attending Physician Statement

殘疾索償表格 – 主診醫生報告

PART II 第二部份

(To be completed by attending physician at the Claimant's expense 由主診醫生填寫，費用由索償人支付)

Policy no. 保單號碼	Name of Patient 病人姓名	ID card no. 身份證號碼	Age & Sex 年齡及性別										
<p>1. Are you the patient's usual medical physician?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, medical record date back to _____ (MM/DD/YY) (please provide details as follows)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Date of consultation (MM/DD/YY)</th> <th>Complaints & symptoms</th> <th>Diagnosis</th> <th>Types of treatment given</th> <th>Duration of each treatment</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>				Date of consultation (MM/DD/YY)	Complaints & symptoms	Diagnosis	Types of treatment given	Duration of each treatment					
Date of consultation (MM/DD/YY)	Complaints & symptoms	Diagnosis	Types of treatment given	Duration of each treatment									
<p>2. If the disability / dismemberment was due to accident:</p> <p>a) Date of accident (MM/DD/YY)</p> <p>b) How did the accident happen?</p> <p>c) On which you first saw the patient for the injury.(MM/DD/YY)</p> <p>d) Which part of the body was injured and the type of injury? Please describe the extent of injury.</p> <p>e) Is there any evidence of visible contusion or wound on the exterior of the body?</p>													
<p>3. If the disability / dismemberment was due to illness:</p> <p>a) What symptoms did the patient complain of at this first consultation?</p> <p>b) According to the patient, how long had he/ she been experiencing these symptoms before this first consultation?</p> <p>c) Was the symptom a secondary condition to some other illness / injury? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, (please give details as follows)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Illness / Injury</th> <th>Symptom onset date (MM/DD/YY)</th> <th>First consultation date (MM/DD/YY)</th> <th>Name & address of doctor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>				Illness / Injury	Symptom onset date (MM/DD/YY)	First consultation date (MM/DD/YY)	Name & address of doctor						
Illness / Injury	Symptom onset date (MM/DD/YY)	First consultation date (MM/DD/YY)	Name & address of doctor										
4. Results of investigation such as neurological examination, laboratory tests, X-rays, Wasserman, etc													
<p>5. When were you first consulted for this illness / injury?</p> <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">MM/DD/YY</td> </tr> </table>					MM/DD/YY			<p>8. Was the patient referred to you by other physician?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes (Please provide name and address)</p>					
MM/DD/YY													
9. What is the final diagnosis?													
10. Please describe the nature and severity of the disability.		11. What is the present condition of the patient's disability?											
12. What is the recovery progress of the patient?													
<p>13. Is the healing/ recovery complicated?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, reasons:</p> <p style="padding-left: 40px;">Any special treatment:</p>													
<p>14. Is there any planned follow- up/ treatment? Please give details and date(s) (MM/DD/YY).</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes ,(please give details)</p>													

Disability Claim Form – Attending Physician Statement

殘疾索償表格 – 主診醫生報告



15. Was injury/ illness induced from or effected by any of the following which may contribute to the accident/ illness?

a) Physical defects/ congenital anomaly No Yes _____

b) Unfavorable past medical history No Yes _____

c) Degenerative changes No Yes _____

d) Alcohol or drugs No Yes _____
(If any of the above is " Yes" , please give details)

16. Did the disability prevent the patient from performing any gainful occupation or business for wages, compensation or profit? (Please refers to Section C of Claim Form Part I or the patient for occupation details)

No

Yes . Is the disability permanent? Yes No (please specify disability period)

From 由 _____ To 至 _____
MM/DD/YY 月 / 日 / 年 MM/DD/YY 月 / 日 / 年

Reasons: _____

17. Did the disability prevent the patient from performing any gainful occupation for wages, compensation or profit, which the patient is otherwise fit to perform by reason of his education, training or experience? (Please refers to Section C of Claim Form Part I or the patient for occupation details)

No

Yes . Is the disability permanent? Yes No (please specify disability period)

From 由 _____ To 至 _____
MM/DD/YY 月 / 日 / 年 MM/DD/YY 月 / 日 / 年

Reasons: _____

18. Did the disability prevent the patient from performing his/her own occupation? (Please refers to Section C of Claim Form Part I or the patient for occupation details)

No

Yes. Is the disability permanent? Yes No (please specify disability period)

a) Unable to perform each and every duty of his/her occupation from _____ To 至 _____
MM/DD/YY 月 / 日 / 年 MM/DD/YY 月 / 日 / 年

Reasons: _____

b) Able to perform some of the duty of his/her occupation from _____ To 至 _____
MM/DD/YY 月 / 日 / 年 MM/DD/YY 月 / 日 / 年

Reasons: _____

19. With the current health condition of the patient, did the patient's disability prevent him to perform any of the following activities on his own without other's assistance

Unable to perform on his own without other's assist

a) Dressing – ability to put on, take off, secure and unfasten all garments and, as appropriate, any braces, artificial limbs or other surgical appliances for oneself No Yes. Is the disability permanent? Yes, No

b) Feeding – ability to feed oneself once food has been prepared and made available No Yes. Is the disability permanent? Yes, No

c) Mobility – ability to move oneself from room to room on level surfaces in an indoor environment No Yes. Is the disability permanent? Yes, No

d) Toileting – ability to use the lavatory or similar facilities and to manage own bowel and bladder functions so as to maintain a satisfactory level of personal hygiene No Yes. Is the disability permanent? Yes, No

e) Transferring – ability to move oneself from a bed to an upright chair or wheelchair and vice versa No Yes. Is the disability permanent? Yes, No

f) Washing – ability to wash oneself in the bath or shower (including getting into and out of the bath tub or shower area) or wash satisfactorily by other means. No Yes. Is the disability permanent? Yes, No

20. Is there any other information and professional comment that you consider should be made known to us?

I hereby certify that I have personally examined and treated the Patient in connection to the above hospitalization and that the answers given above are all true to the best of my knowledge and belief.

Name of Physician _____ Signature _____ Hospital Stamp _____

Qualification _____ Date _____

Address _____ Tel No _____