

永隆保險有限公司

WING LUNG INSURANCE CO LTD

INCORPORATED IN HONG KONG WHOLLY OWNED SUBSIDIARY OF WING LUNG BANK LTD

45 DES VOEUX ROAD CENTRAL HONG KONG TEL : 2826 8325 FAX : 2526 7045

香港中環德輔道中四十五號 電話：2826 8325 電傳：2526 7045

僱員賠償保險投保書

EMPLOYEES' COMPENSATION INSURANCE PROPOSAL FORM

(為方便電腦輸入, 請用英文填寫)

保戶名稱 Name of Insured : (中文).....

: (英文).....

通訊地址 Corr. Address :

.....

電話 Telephone No. : (公司 office) (住家 home)

行業 Business :

工作地址 Location :

(若與通訊地址不同, 請填此項) :

保期 Period of Insurance : 由 From 至 To

項目 Item No	僱員工作類別 Description of Employees	估計僱員人數 Estimated No. of Employee	估計年薪/工資及其他收入 Estimated Annual Total Earnings (HKD)	備註 Reference
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
總數 Total:				

請回答以下問題	
1. 閣下是否投保承包商之責任? 如有需要, 請列明承包商名稱、工作及工資。	是 / 否
2. 閣下是否裝有任何鋸床或蒸氣、水力、電力或其他機械動力所推動之其它機器?	是 / 否
3. 員工是否需要在高於地面 30 呎的地方工作?	是 / 否
4. 閣下是否曾在申請或續保同類保險時遭受拒絕?	是 / 否
5. 閣下是否曾經要求保險公司賠償?	是 / 否
閣下如在上述任何一項回答“是”, 請詳加說明。	

聲明 DECLARATION

本人現投購上述保險, 並同意此投保書作為本人與貴公司訂立保險契約之根據。

I/We hereby apply for insurance against risks as set out above and I/we agree that this proposal shall be the basis of the contract between myself/ourselves and the Company.

投保人簽名 Signature of Proposer

日期 Date: