

財智投資壽險計劃

I. 投資連繫式壽險概念

A. 投資連繫式壽險之保單價值及惠益與其投資表現有直接關係。

B. 所有投資風險及回報直接轉嫁在保單持有人身上。

C. 所有保單之收費及投資內容均須向保單持有人披露。

D. 保險費用將由基金單位中扣取，而費用金額則按被保人之年齡、性別、保額及其他核保因素而釐定。

II. 財智投資壽險計劃

A. 計劃種類

1. 財智投資壽險計劃是一個投資連繫式的壽險計劃。

2. 此計劃提供人壽保障至80歲及長期投資回報。

B. 保費類別

1. 基本保費

* 基本保費是按被保人之年齡、性別、保額及其他核保因素而定。

* 扣除所有保單費用（參看Section D）後，餘額則存入持有人的戶口，並在下一個單位交易日用來購買指定基金單位。現時，此計劃只提供友邦東南亞基金（AIG Southeast Asia Fund）單位，日後將有更多投資選擇。

* 接受月供、季供、半年供及年供方式繳付基本保費。

Marketing Dept.
Jan 97

只有合格通過財智投資壽險計劃之營業顧問才可推銷此計劃
此資料只供內部使用

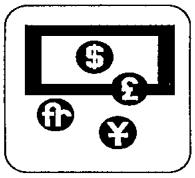
2. 額外投資保費
（此項服務由1997年4月尾起實施，正確日期容後公佈）

* 由1997年4月開始，當保單生效期間，保單持有人可隨時以書面通知注入額外投資保費以購買指定基金。

* 保單持有人須繳付全年首年基本保費才可享用此項服務。

* 注入額外投資保費後，將會先扣除所有保單費用，餘額則在下個單位交易日購入指定基金單位。

* 每次最低額外投資保費爲美金500元。



C. 戶口價值

1. 戶口價值 = 基金單位數目 × 最新單位買入價。

2. 有關最新參考基金價格，可向各營運部及客戶服務部取得。

3. 保單持有人每年將接獲一份週年結算表，列出該年度截至保單週年日所有投資交易、費用及結餘。

只有合格通過財智投資壽險計劃之營業顧問才可推銷此計劃
此資料只供內部使用

D. 保單計劃收費

財智投資壽險計劃費用一覽表					
保單計劃收費					
I. 保單費用					
		首年	第二年	第三年至十年	第十一年或以上
	基本保費費用	100%[1]	25%	5%	NIL
	額外投資保費費用	5%[2]	5%[2]	5%[2]	5%[2]
	每月行政費用	NIL	USD3[3]	USD3[3]	USD3[3]
	保險費用	參看附註 4			
II. 交易手續費用		USD5[5]	USD5[5]	USD5[5]	USD5[5]
III. 退保費用		NIL	NIL	NIL	NIL
基金費用					
	投資管理費用	不多於每年 1.5%[6]			
	基金承購手續費	不多於6%[7]之買入價			

附註

1. 二十年後，若保單持有人已完全繳付二十年的基本保費，首年的全部基本保費費用將以當時的賣出價格爲持有人購入基金單位。若保額在保單繕發後調低，二十年後，所退還之基金價值亦會相對調低。

2. 每次注入額外投資保費只收一次費用。

3. 此費用會每月從戶口中扣除。收取的數額可能會每年調整，唯增幅不超過恒生消費物價指數。

4. 此費用是按被保人的年齡、性別、人壽保額及其他核保因素而釐定。

5. 除每年一次免費基金轉換外，其後的每次基本轉換申請均需繳費。交易手續費用上限或會每年調整，唯增幅不超過恒生消費物價指數。

6. 最近收費爲每年百分之一點二五。

7. 最近收費爲買入價之百分之五。

若需調整以上費用時，公司將在有效日前三個月或以前發出通知。

E. 可選擇不喪失價值方法（Non-forfeiture Option）

1. 可選擇不喪失價值方法不適用於此計劃。

F. 死亡賠償

1. 若被保人一旦身故，受益人可獲保單保額及戶口價值。

只有合格通過財智投資壽險計劃之營業顧問才可推銷此計劃
此資料只供內部使用

D. 保單計劃收費

財智投資壽險計劃費用一覽表					
保單計劃收費					
I. 保單費用					
		首年	第二年	第三年至十年	第十一年或以上
	基本保費費用	100%[1]	25%	5%	NIL
	額外投資保費費用	5%[2]	5%[2]	5%[2]	5%[2]
	每月行政費用	NIL	USD3[3]	USD3[3]	USD3[3]
	保險費用	參看附註 4			
II. 交易手續費用		USD5[5]	USD5[5]	USD5[5]	USD5[5]
III. 退保費用		NIL	NIL	NIL	NIL
基金費用					
	投資管理費用	不多於每年 1.5%[6]			
	基金承購手續費	不多於6%[7]之買入價			

附註

1. 二十年後，若保單持有人已完全繳付二十年的基本保費，首年的全部基本保費費用將以當時的賣出價格爲持有人購入基金單位。若保額在保單繕發後調低，二十年後，所退還之基金價值亦會相對調低。

2. 每次注入額外投資保費只收一次費用。

3. 此費用會每月從戶口中扣除。收取的數額可能會每年調整，唯增幅不超過恒生消費物價指數。

4. 此費用是按被保人的年齡、性別、人壽保額及其他核保因素而釐定。

5. 除每年一次免費基金轉換外，其後的每次基本轉換申請均需繳費。交易手續費用上限或會每年調整，唯增幅不超過恒生消費物價指數。

6. 最近收費爲每年百分之一點二五。

7. 最近收費爲買入價之百分之五。

若需調整以上費用時，公司將在有效日前三個月或以前發出通知。

E. 可選擇不喪失價值方法（Non-forfeiture Option）

1. 可選擇不喪失價值方法不適用於此計劃。

F. 死亡賠償

1. 若被保人一旦身故，受益人可獲保單保額及戶口價值。

只有合格通過財智投資壽險計劃之營業顧問才可推銷此計劃
此資料只供內部使用

G. 附加契約

1. 此計劃並不會附有免供豁免繳付保費附加契約（Free WP）

2. 除Super Plus（保上寶）、長期傷殘入息附加契約（EDDI）之外，所有適用於成人單之附加契約均可附加在此計劃上，即包括：
   - 豁免繳付保費附加契約（WP）
   - 特級預支保額及免付保費附加契約（EAPWP）
   - 「萬無一失」危疾附加契約（CIR）
   - 「危疾錦囊」危疾附加契約（ECIR）
   - 危疾豁免繳付保費附加契約（WP (CI)）
   - 婦科癌症附加契約（FCR）
   - 「全意保」綜合意外保險附加契約（AI）
   - 意外死亡附加契約（ADB）
   - 意外死亡及斷肢附加契約（ADD）
   - 綜合人身意外保險計劃（PAC）
   - 「永無憂」住院及手術保險附加契約（H&S）
   - 「樂無憂」醫療附加契約（HB）
   - 定期附加契約（TERM RIDER）

3. 豁免繳付保費附加契約 (WP)
   - 若被保人不幸傷殘，此附加契約將豁免基本保費，而戶口中之投資活動則仍然繼續。

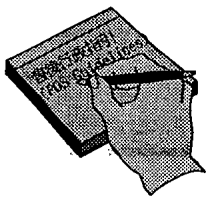


H. 核保規則

1.	年齡	:	18 - 55歲
2.	最低保額	:	美金30,000元
3.	貨幣	:	美金
4.	發售地區	:	香港
5.	開始發售日期	:	1997年1月30日
6.	營業顧問銷售資格	:	營業顧問須合格通過公司舉辦之財智投資壽險計劃課程考試才可爲客戶購買。

7. 營業顧問須連同客戶已簽署之建議書與申請書一併交回。

只有合格通過財智投資壽險計劃之營業顧問才可推銷此計劃
此資料只供內部使用



I. 售後行政指引（POS Guidelines）

1. 更改保險計劃
   * 不可由其他保險計劃更改成財智投資人壽保險計劃，而財智投資人壽保險計劃亦不能更改至其他保險計劃。

2. 增減保額
   * 任何增加保額須依照現時的核保程序，亦只限在保單首年增加。
   * 保單持有人可減低保額，但減少後不可少於美金30,000元的最低限制，而基本保費亦隨之相對減低。

3. 資金分配
   * 保單持有人可免費更改未來保費的分配，投資於指定的基金而且次數不限。唯每一次所分配的金額不得少於此筆保費之百分之十。
   * 資金調配後，保單持有人會接獲一份由公司發出的確認通知書。

4. 基金調配
   * 公司會陸續提供多種投資選擇，屆時保單持有人可隨意調配其戶口中的資金，用作分散投資其他指定基金。
   * 每年保單持有人都可有一次免費基金調配要求，若其後有其他調配要求，每次則須繳付美金5元之手續費。
   * 基金買賣價格將根據公司批準要求後下一個交易日作準。
   * 有關表格可參看 Section P。
   * 基金調配後，保單持有人會接獲一份由公司發出的確認通知書。

5. 寬限期
   * 公司會嚴格執行 31 日寬限期。

只有合格通過財智投資壽險計劃之營業顧問才可推銷此計劃
此資料只供內部使用

6. 暫停繳費（由1997年4月尾開始實施，正確日期容後公佈）

* 如保單持有人暫時停繳保費，其保障可維持不變。

* 其戶口價值須有足夠金額繳付基本及附加契約之保單費用。

* 如戶口價值不足繳付基本保單費用及附加契約費用，剩餘的戶口價值會退回給保單持有人，保單亦會終止。

* 暫停繳費後，保單持有人會接獲一份由公司發出的確認通知書。



7. 提款

* 保單持有人可隨意提取其戶口中資金，唯
  a) 提取金額後戶口餘額不可少於美金500元及
  b) 提取不少於美金500元

* 不須繳付任何提款手續費。

* 提款後，保單持有人會接獲一份由公司發出的確認通知書。

8. 退保

* 戶口中所有基金單位隨即取消。

* 扣除保單費用後，客戶可收回全部戶口基金價值，此價值是根據退保申請批準後下一個交易日的買入價計算。

* 客戶毋須繳付退保手續費。

9. 復保

* 復保時，須依從現時一般核保程序及要求。

* 復保須繳付金額，按以下情況而定
  i. 若保單失效少於90日 : 過期費用* + 附加契約保費
  ii. 若保單失效達90日或以上 : 過期費用* + 利息 (現時爲 10% p.a.)

* 過期費用：基本保費費用 + 每月行政費用 + 保險費用

只有合格通過財智投資壽險計劃之營業顧問才可推銷此計劃
此資料只供內部使用

J. 佣金

1. 財智投資壽險計劃

* 基本保費

保單年期	佣金（%）
1	18%
2	18%
3 - 6	5%
7 +	無

— 額外170%首年獎金 (Monthly Special Production Bonus) 適用於此計劃

— 此計劃不會提供5%作公積金用途。

* 額外投資保費 — 1%

* 一般年繳保單的“額外10%佣金”不適用於此計劃

2. 附加契約

保單年期	佣金（%）
1	18%
2	18%
3 - 6	5%
7 - 10	5%
11 - 15	1.5%
16+	3%

* 一般年繳保單的“額外10%佣金”不適用於此計劃。

只有合格通過財智投資壽險計劃之營業顧問才可推銷此計劃
此資料只供內部使用

J. 佣金

1. 財智投資壽險計劃

* 基本保費

保單年期	佣金（%）
1	18%
2	18%
3 - 6	5%
7 +	無

— 額外170%首年獎金 (Monthly Special Production Bonus) 適用於此計劃

— 此計劃不會提供5%作公積金用途。

* 額外投資保費 — 1%

* 一般年繳保單的“額外10%佣金”不適用於此計劃

2. 附加契約

保單年期	佣金（%）
1	18%
2	18%
3 - 6	5%
7 - 10	5%
11 - 15	1.5%
16+	3%

* 一般年繳保單的“額外10%佣金”不適用於此計劃。

只有合格通過財智投資壽險計劃之營業顧問才可推銷此計劃
此資料只供內部使用

K 保費

ASSET LIFE PLAN - Male Products

Age	AL	WP	WP(CD)	EAPWP	CIR	ECIR
18	9.10	0.12	0.33	0.94	2.79	3.38
19	9.24	0.12	0.36	0.97	2.97	3.57
20	9.39	0.13	0.38	1.00	3.17	3.77
21	9.55	0.13	0.42	1.04	3.38	3.99
22	9.72	0.14	0.45	1.07	3.61	4.22
23	9.89	0.15	0.49	1.11	3.85	4.47
24	10.07	0.15	0.53	1.15	4.12	4.73
25	10.27	0.16	0.57	1.19	4.40	5.00
26	10.82	0.17	0.64	1.24	4.69	5.30
27	11.38	0.19	0.72	1.29	5.01	5.61
28	11.95	0.20	0.80	1.35	5.34	5.95
29	12.54	0.22	0.89	1.41	5.70	6.31
30	13.13	0.24	0.99	1.48	6.08	6.70
31	13.74	0.26	1.10	1.55	6.48	7.11
32	14.37	0.28	1.22	1.62	6.91	7.54
33	15.00	0.30	1.34	1.70	7.37	8.01
34	15.65	0.33	1.48	1.79	7.85	8.51
35	16.32	0.36	1.64	1.89	8.35	9.03
36	17.00	0.39	1.80	1.99	8.89	9.59
37	17.69	0.43	1.98	2.10	9.46	10.18
38	18.40	0.47	2.16	2.23	10.05	10.81
39	19.14	0.51	2.37	2.36	10.68	11.48
40	19.88	0.56	2.58	2.50	11.33	12.17
41	21.51	0.63	2.93	2.67	12.01	12.89
42	23.16	0.72	3.30	2.84	12.72	13.65
43	24.84	0.81	3.69	3.03	13.46	14.46
44	26.53	0.91	4.11	3.23	14.22	15.29
45	28.26	1.02	4.56	3.45	15.02	16.16
46	30.01	1.14	5.02	3.68	15.84	17.06
47	31.79	1.26	5.51	3.92	16.69	17.99
48	33.60	1.40	6.01	4.18	17.56	18.97
49	35.45	1.55	6.54	4.46	18.45	19.98
50	37.33	1.72	7.08	4.77	19.36	21.00
51	39.25	1.90	7.63	5.10	20.30	22.04
52	41.22	2.09	8.19	5.46	21.24	23.12
53	43.22	2.30	8.75	5.85	22.19	24.24
54	45.28	2.53	9.31	6.25	23.16	25.36
55	47.37	2.77	9.88	6.70	24.16	26.49

ASSET LIFE PLAN - Female Products

Age	AL	WP	WP(CD)	EAPWP	CIR	ECIR	FCR
18	8.31	0.14	0.22	1.18	1.97	2.56	4.05
19	8.43	0.14	0.24	1.21	2.09	2.70	4.12
20	8.54	0.15	0.25	1.25	2.22	2.85	4.19
21	8.67	0.15	0.27	1.29	2.36	3.01	4.27
22	8.80	0.16	0.29	1.34	2.51	3.17	4.35
23	8.93	0.16	0.32	1.38	2.67	3.35	4.44
24	9.07	0.17	0.34	1.43	2.84	3.53	4.52
25	9.22	0.18	0.36	1.49	3.02	3.73	4.62
26	9.72	0.19	0.41	1.55	3.21	3.93	4.72
27	10.23	0.21	0.45	1.61	3.41	4.15	4.82
28	10.76	0.23	0.50	1.68	3.61	4.38	4.93
29	11.29	0.25	0.55	1.75	3.83	4.62	5.04
30	11.83	0.27	0.61	1.84	4.06	4.88	5.16
31	12.38	0.29	0.67	1.92	4.30	5.14	5.28
32	12.94	0.32	0.73	2.02	4.54	5.43	5.40
33	13.51	0.34	0.80	2.12	4.81	5.73	5.52
34	14.09	0.37	0.87	2.23	5.08	6.05	5.65
35	14.68	0.40	0.95	2.35	5.37	6.37	5.78
36	15.29	0.44	1.03	2.47	5.66	6.72	5.90
37	15.91	0.48	1.12	2.61	5.97	7.09	6.03
38	16.54	0.52	1.22	2.77	6.30	7.47	6.16
39	17.19	0.57	1.31	2.93	6.63	7.88	6.28
40	17.85	0.62	1.42	3.11	6.98	8.30	6.40
41	19.39	0.71	1.60	3.31	7.35	8.75	6.53
42	20.94	0.81	1.78	3.53	7.73	9.23	6.65
43	22.51	0.92	1.98	3.76	8.12	9.73	6.78
44	24.10	1.03	2.19	4.01	8.53	10.26	6.90
45	25.71	1.16	2.41	4.28	8.95	10.81	7.02
46	27.34	1.29	2.64	4.56	9.39	11.38	7.31
47	28.99	1.44	2.88	4.86	9.85	11.99	7.60
48	30.67	1.60	3.13	5.19	10.33	12.63	7.89
49	32.37	1.77	3.39	5.53	10.82	13.30	8.19
50	34.10	1.96	3.65	5.91	11.33	14.01	8.50
51	35.86	2.16	3.93	6.32	11.86	14.75	8.82
52	37.65	2.39	4.21	6.77	12.41	15.53	9.14
53	39.48	2.63	4.49	7.24	12.97	16.35	9.48
54	41.34	2.88	4.78	7.75	13.56	17.20	9.83
55	43.24	3.16	5.08	8.29	14.16	18.09	10.20

Marketing Dept.
Jan 97

只有合格通過財智投資壽險計劃之營業顧問才可推銷此計劃
此資料只供內部使用



L. 基金選擇

1. 友邦東南亞基金

* 友邦東南亞基金乃透過投資於亞洲區經濟發展蓬勃的公司之股票證券，以尋求長遠資產增值。基金會把大部份的資產投資在下列亞洲地區的股票證券市場，地區包括香港、印度、印尼、韓國、馬來西亞、巴基斯坦、中華人民共和國、菲律賓、新加坡、斯里蘭卡、台灣及泰國，而在澳洲及新西蘭可能作較小量投資。另外，友邦東南亞基金在印度、巴基斯坦及中華人民共和國各地區的投資一般也不會超過百分之十。

* 此基金的借貸額亦不能超過總資產值的百分之十。

* 基金資產值將按日結算，而基金基本貨幣爲美元。每年均收取不多於百分之一點五的投資管理費用，而最近收取之投資管理費用是百分之一點二五。

* 友邦東南亞基金的單位買入價（現與資產淨值相同），在每個工作天刊載於南華日報。因香港與都柏林（Dublin）之時差，此價格只可當作參考價，眞正價格會根據當地公司接收申請當日爲準，而友邦東南亞基金之賣出價相等於其買入價的1.05倍。

* 基金成立以來之整體表現 : 168.24%
  每年平均回報率 : 19.95%
  基金規模 : 美金276,048,844.68元
  （1996年12月31日）
  單位淨值 : 美金266.2190元
  （1996年12月31日）

2. 其他

公司將陸續提供多個基金選擇

只有合格通過財智投資壽險計劃之營業顧問才可推銷此計劃
此資料只供內部使用

M. 產品比較

公司名稱	友邦	保誠	宏利	北美洲
產品名稱	財智投資壽險計劃	保誠運籌保障計劃	靈活投資寶	金牌計劃
I) 保費				
保費種類	1. 基本保費	1. 基本保額	1. 基本保費	1. 每十年遞增
	2. 額外投資保費	2. 額外投資保費	2. 按期保費	2. 額外保費
II) 保障				
死亡賠償	1. 保障額 + 基金淨值	1. 保障額 + 基金淨值	1. 保障額 + 基金淨值 2. 保障額或(基金淨值+10,000)，以較高者爲準	1. 保障額 + 基金淨值
投保年齡	18 - 55	1 - 65 (下次生日計)	0 - 80	0 - 65
繳費 / 保障年期	@ 80	@ 75 (下次生日計)	@ 100	@ 80
III) 投資				
投資種類	友邦東南亞基金 更多基金將於九七年四月後可供選擇	保誠貨幣（美元）基金 保誠環球增值基金	7 種單位基金 1 種保證基金	投資增值基金 投資保證基金
基金調配	每年免費一次，額外須收US$5	不須收費	每年免費一次，額外須收 US$3	每次最少調配US$100，每年免費一次，額外須收US$35
基金提取	最少 US$500及基金淨值不得少於US$500	按最少基金淨值而定	最少 US$100或按最少基金淨值而定	最少 US$200或最多百分之九十基金淨值，基金淨值不得少於US$100
買賣價差額	<= 6.0%	0.5%	<= 5.5%	—
投資管理費用	<= 1.5% p.a.	1.0% p.a. on GCF 0.5% p.a. on MMF	<= 1.25% p.a.	<= 2.00% p.a.
IV) 一般費用				
人壽保險費用	按年遞增	按年遞增	按年遞增	按年遞增
保費支出費用	首十年	首十年	首年百分之百	跟保費年期
行政費用	US$36 p.a.	US$48 p.a.	US$36 p.a.	US$35 p.a.
退保費用	沒有	沒有	沒有	首四年

Marketing Dept.
Jan 97

只有合格通過財智投資壽險計劃之營業顧問才可推銷此計劃

此資料只供內部使用

Table I

Male aged 29 Non-smoker, Total Premium : 403.20

Company	:	**AIA**	**Prudential**
Regular Premium	:	379.20	403.20
Top-Up Premium	:	24.00	0.00
Sum Assured	:	30,000	30,000

Duration	Total CSV (Projected Rate 10.5%)			Total DBF (Projected Rate 10.5%)		
	(1)-AIA	(2)-Prudential	(1)/(2)	(3)-AIA	(4)-Prudential	(3)/(4)
1	24	0	-	30,024	30,000	100.08%
5	1,525	1,102	138.38%	31,525	31,102	101.36%
10	4,570	3,901	117.15%	34,570	33,901	101.97%
15	9,626	8,509	113.13%	39,626	38,509	102.90%
20	18,151	15,824	114.71%	48,151	45,824	105.08%
@60	59,015	50,485	116.90%	89,015	80,485	110.60%
@65	97,521	82,238	118.58%	127,521	112,238	113.62%
@70	159,683	132,567	120.45%	189,683	162,567	116.68%

Duration	Total CSV (Projected Rate 5.0%)			Total DBF (Projected Rate 5.0%)		
	(1)-AIA	(2)-Prudential	(1)/(2)	(3)-AIA	(4)-Prudential	(3)/(4)
1	23	0	-	30,023	30,000	100.08%
5	1,332	979	136.06%	31,332	30,979	101.14%
10	3,442	3,013	114.24%	33,442	33,013	101.30%
15	6,167	5,601	110.11%	36,167	35,601	101.59%
20	9,860	8,662	113.83%	39,860	38,662	103.10%
@60	19,955	16,697	119.51%	49,955	46,697	106.98%
@65	25,656	20,413	125.68%	55,656	50,413	110.40%
@70	31,815	23,415	135.87%	61,815	53,415	115.73%

Table II

Male aged 30 Smoker, Total Premium : 6,000

Company	:	**AIA**	**Manulife**
Regular Premium	:	1,263	1,092
Top-Up Premium	:	4,737	4,908
Sum Assured	:	100,000	100,000

Duration	Total CSV (Projected Rate 10.5%)			Total DBF (Projected Rate 10.5%)		
	(1)-AIA	(2)-Manulife	(1)/(2)	(3)-AIA	(4)-Manulife	(3)/(4)
1	4,736	5,125	92.41%	104,736	105,125	99.63%
5	34,195	35,689	95.81%	134,195	135,689	98.90%
10	92,386	95,622	96.62%	192,386	195,622	98.35%
15	188,358	193,245	97.47%	288,358	293,245	98.33%
20	347,073	352,383	98.49%	447,073	452,383	98.83%
@60	1,031,991	1,035,597	99.65%	1,131,991	1,135,597	99.68%
@65	1,730,433	1,729,613	100.05%	1,830,433	1,829,613	100.04%
@70	2,876,820	2,865,175	100.41%	2,976,820	2,965,175	100.39%

Duration	Total CSV (Projected Rate 5.0%)			Total DBF (Projected Rate 5.0%)		
	(1)-AIA	(2)-Manulife	(1)/(2)	(3)-AIA	(4)-Manulife	(3)/(4)
1	4,500	4,870	92.40%	104,500	104,870	99.65%
5	29,243	30,464	95.99%	129,243	130,464	99.06%
10	68,005	70,194	96.88%	168,005	170,194	98.71%
15	117,544	119,911	98.03%	217,544	219,911	98.92%
20	181,437	181,878	99.76%	281,437	281,878	99.84%
@60	361,089	353,316	102.20%	461,089	453,316	101.71%
@65	486,401	470,548	103.37%	586,401	570,548	102.78%
@70	642,629	613,341	104.78%	742,629	713,341	104.11%

N. 保單建議書樣本

個人保險計劃建議書
Sample 先生
35 歲

基本計劃	保障	基本全年保費
財智投資壽險計劃	$ 100,000	$ 1,582.00
		$ 1,582.00
	每月保費	140.00



建議人: 日期:
聯絡電話: 傳呼機:
辦公室地址:

---

*請準備一式兩份建議書給客戶簽署。一份由客戶保留，另一份連同投保申請書遞交。
此建議書上所有金額皆以美元計算。
支票抬頭請註明「美國友邦保險（百慕達）有限公司」。
此乃建議書而非保險契約。保險條款將詳載於保單上。

產品：財智投資壽險計劃
保險公司：美國友邦保險（百慕達）有限公司

下表所載的例子說明在扣除一切有關費用後您可取得的款額，並有以下假設：
計劃年期： 45 年
基本全年保費：$1,582.00
回報率：假設每年 5%及 11%*
投資者請注意這些例子只用作預測退保發還價值，並非投資於此保單的實際回報指標。

表：
以基本全年保費$1,582.00（共 45 年）的財智投資壽險計劃預測的退保發還價值。

合約繕發後年期	已繳保費累積總值	退保發還價值 假設回報率爲每年 5%*	退保發還價值 假設回報率爲每年 11%*	身故賠償總值 假設回報率爲每年 5%*	身故賠償總值 假設回報率爲每年 11%*
1	1,582	0	0	100,000	100,000
2	3,164	1,051	1,115	101,051	101,115
3	4,746	2,458	2,673	102,458	102,673
4	6,328	3,924	4,391	103,924	104,391
5	7,910	5,463	6,299	105,463	106,299
10	15,820	14,183	19,246	114,183	119,246
15	23,730	[illegible]	40,974	125,221	140,974
20	31,640	[illegible]	78,139	139,979	178,139
25	39,550	55,953	137,700	155,953	237,700
30	47,460	73,854	235,200	173,854	335,200
35	55,370	92,968	395,202	192,968	495,202
40	63,280	111,579	658,156	211,579	758,156
45	71,190	125,830	1,090,352	225,830	1,190,352

SAMPLE

*這些假設的回報率只爲方便說明，並非基於過往表現。實際回報或會不同。（以上回報率乃已扣除資產管理費用 1.25%之後的淨回報率，所以這些假設的總回報率應爲 6.25%及 12.25%。）

除非您有意就已選擇的保險計劃年期支付全期的保險費，否則不應投資於本產品。您如果提早終止投資於本產品，則可能會蒙受上文所述的損失。

聲明
本人證實已審視及明白此退保說明文件上的例子，並已獲得銷售說明書。

簽署及日期: _____ (日期:)
投保人

此乃建議書而非保險契約。保險條款將詳載於保單上。

Please refer to the **Contract Library** for the following relevant contracts:

Section O:

- Schedule of AIG South East Asia Fund
- Asset Whole Life Plan I & II – Basic Definitions

Please refer to the **Contract Library** for the following relevant contracts:

Section O:

- Schedule of AIG South East Asia Fund
- Asset Whole Life Plan I & II – Basic Definitions

Please refer to the **Contract Library** for the following relevant contracts:

Section O:

- Schedule of AIG South East Asia Fund
- Asset Whole Life Plan I & II – Basic Definitions

一 中文契約撮要

基本保障

您的基本保單爲財智投資壽險計劃，於被保人滿八十歲的保單週年日期滿。除人壽保障外，此計劃亦可讓您投資於不同的基金，賺取投資回報。保單期滿日，我們會給付被保人投資戶口的結餘。若被保人不幸身故，我們會給付受益人基本保額及投資戶口結餘作爲賠償。

不得主張異議及自殺條款

在被保人生存期間而保單持續生效兩年後，我們不得對保單（意外、住院及其他殘廢附加契約除外）提出議異。如被保人在保單繕發後一年內自殺身亡，我們的壽險賠償只限退還投資戶口結餘及所有保單費用。若保單曾辦理復保或於繕發後更改保單範圍，則上述兩年不得主張議異及一年自殺限期，須由復保或更改生效日起從新計算。

終止契約

若基本保單期滿、失效或辦理退保；或被保人身故；或首個保單年度完結後投資戶口結餘等於零或少於零，我們會終止保單並退還投資戶口的結餘。

保費種類及繳付

SAMPLE

您可選擇以每年、每半年、每季或每月的形式繳交保費。若選擇月繳方式，須由銀行或信用卡戶口以自動轉賬繳付。而其他付款形式，則可選擇以支票繳付保費或透過繳費聆(PPS)直接繳交。支票須劃線並在頭註明"美國友邦保險（百慕達）有限公司"。此外，您亦可以隨時繳交額外投資保費作爲保單的額外投資。首年基本保費的任何欠款，我們會由額外投資保費中扣除。

基本保費到期後仍然享有三十一天的寬限期。保單的原有保障在寬限期內將不受影響。若寬限期完結時您仍未能交妥保費，但保單投資戶口的結餘足夠支付所有保單費用，我們會由投資戶口中扣除所需費用同值之基金單位，直至投資戶口結餘不足以繳付保單費用，保單即在寬限期結束後失效。

如保單因逾期未繳付基本保費及投資戶口結餘不足而失效，您可以書面申請辦理復保以恢復保單效力及原有保障，但您需要提供適當的可保證明並繳交逾期保單費用連利息。

保單費用

保單費用分爲四類：

1. 基本保費費用
   首個保單年度，您需繳付相等於基本保費 100%的首次費用，有關款項將由首年基本保費中扣除。第二個保單年度我們只會由基本保費扣除 25%作爲

此中文撮要只供參考，詳細條款及保障範圍應以英文契約爲準。

保費費用。第三至第十個保單年度，我們只收取基本保費 5%的保費費用，此後則無須繳付任何基本保費費用。若您連續繳交基本保費達 20 年，我們會於第廿個保單年度結束時，退還相等於首次費用同值之基金單位。

2. 額外投資保費費用
   您每次存入額外投資保費，我們會扣除 5%作爲費用。

3. 每月行政費用
   由第二個保單年度開始，我們會按月由您的投資戶口扣除相等於 US$3 元的基金單位作爲行政費用。此費用或會每年作調整，增幅不超過該年的恒生或其他通用之消費物價指數。

4. 保險費用
   由第二個保單年度開始，我們會按月由您的投資戶口中扣除足夠之基金單位作爲保險費用。

<u>權益人、受益人及權益轉讓</u>
您身爲保單權益人可於被保人生存期間以書面辦理更改權益人、更改受益人或轉讓保單權益。如受益人不幸先於被保人身故，受益人的權益將轉交給您。

SAMPLE

<u>基金投資運作</u>
您可以書面要求更改每項基金下次的投資金額，但有關金額不得少於該項保費的 10%。此外，您亦可隨時調配各項基金，但每個保單年度，除第一次可免費調配外，每次需繳付不多於 US$5 的手續費。此費用或會每年作調整，增幅不超過該年的恒生或其他通用之消費物價指數。

您可隨時以書面通知我們提取投資戶口內的資金，但每次不得少於 US$500 元及投資戶口總結餘最低不少於 US$500 元。基金單位的贖回價，以批核後第一個估價日爲準。

每次繳交基本保費及額外投資保費，在扣除所需費用之後餘額會用作購買基金。基金單位的價值，將根據保費到期日或繳交保費後第一個估價日的買入價計算，以較遲者爲準。

P. Standard Form 樣本

AMERICAN INTERNATIONAL ASSURANCE COMPANY (BERMUDA) LIMITED

Asset Life Plan and Personal Accident Insurance Application Form

Operation Team _____

Agency _____ Code _____
Agent _____ Code _____
Agent _____ Code _____
Office _____ Area Code _____

IMPORTANT NOTE: You have to disclose in this application ALL material facts which shall form the basis of our consent, otherwise the policy issued may be void or voidable. If you are in doubt whether a fact is material, please disclose it below.

PART I ☐ Medical ☐ Non-medical ☐ VIP

PART II

A. PERSONAL DETAILS

1. a. Full Name of Proposed Insured (in Block Letters) (Underline Family Name)

Policy Number B

b. Name in Chinese (if Applicable)

c. ☐ Male ☐ Female

2. a. Date of Birth Month Day Year

b. Age last Birthday

c. Nationality

3. a. I.D. Card / Passport Number ( )

b. Marital Status ☐ Single ☐ Widowed ☐ Married ☐ Divorced

4. Send Correspondence to ☐ Residence ☐ Business Address

5. Residential Address
Flat/Rm: Floor: Block: Building:
Estate/No. & Name of Street/Lot No. :
District/Country: Tel:

6. Name of Employer and Business Address
Co. Name:
Flat/Rm: Floor: Block: Building:
Estate/No. & Name of Street/Lot No. :
District/Country: Tel:

7. Occupation - a. Exact Duties b. Nature of Business

B. DETAILS OF ASSET LIFE PLAN AND PERSONAL ACCIDENT INSURANCE APPLIED FOR

1. a. Mode of Payment For Asset Life Plan / PA Insurance ☐ Annually ☐ Semi-Annually ☐ Quarterly ☐ Monthly**
b. Currency ☐ US$ ☐ Others_____
c. Amount _____
d. Additional Benefits Amount

Top-up Premium:

Investment Allocation	
Fund	%
AIG - SEA	

2. Personal Accident Insurance Desired

Benefits	Plan A	Plan B	Plan C
Accidental Death & Dismemberment	US$30,000	US$60,000	US$90,000
Permanent Total Disability	US$30,000	US$60,000	US$90,000
Compassionate Death Benefit	US$ 300	US$ 600	US$ 900
Medical Expenses (Accident)	US$ 500	US$ 3,000	US$ 4,500
Hospital Income ☐ Yes ☐ No	US$ 30	US$ 60	US$ 90

Note: The insured must notify the Company of any change in his occupation, duties and pursuits resulting in a higher risk of being involved in an accident.

3. Total Amount Paid For Asset Life Plan &/or PA Insurance
☐ Cash ☐ Cheque _____ for _____ months
** For monthly cases, Direct Debit Authorization Form or Credit Card Deduction Form must be completed, and sent to the Accounts Department.

2. a. Beneficiary's Name b. Relationship c. Age

Unless otherwise requested, multiple beneficiaries will share proportionally

C. MISCELLANEOUS

1. Total Amount of existing &/or concurrent application for Insurance on Your Life

Company	Life	Accident	CR	Date Issued

2. Do you intend to fly other than as a fare-paying passenger of a licensed air service operating within recognised scheduled routes, engage in any hazardous sport or events(eg motor sports, climbing, scuba diving), reside (or have resided) overseas for more than 3 months in the past five years? If Yes, please provide full details or complete a separate Supplementary Questionnaire. Yes ☐ No ☐

3. Has any application for or reinstatement of life, or accident insurance ever been declined, postponed, rated or in any way modified? If "Yes", please give full particulars in remarks. Yes ☐ No ☐

D. HEALTH DETAILS - QUESTION 1 to 10 applicable to Non-Medical cases only.

1. Name & Address of your Attending Physician (Give date, reason & result of last consultation).

2. (i)

Height	Weight
cm/ft*	kg/lbs*

(ii) Has your weight been decreased by more than 7 lbs in the last 12 months? If Yes, please give reason (if known) and the amount of weight lost. Yes ☐ No ☐ kg/lbs*

* Delete if not applicable

3. Have any of your natural parents, brothers or sisters died or suffered from heart disease, stroke, high blood pressure, diabetes, kidney disease, mental disorder, hepatitis (or is a hepatitis carrier), cancer or any hereditary disease? If Yes, please provide further details of age(s), relationship and cause of death or condition(s). ☐ ☐

4. Do you or have you ever smoked cigarettes? If Yes, please state daily consumption (average) and for how many years have you smoked. If you stopped smoking, please state when and for what reason, e.g. doctor's advice, etc. ☐ ☐
Amount _____ Years _____ Date ceased _____
Reason _____

5. Do you drink alcohol on a daily/weekly basis? If Yes, please state daily consumption (average) and type of drink, i.e. beer, wine, spirit, etc. ☐ ☐
Amount _____ Type _____

6. Have you suffered from or received treatment for any of the following? If Yes, please provide full details of condition, dates and any treatment (whether prescribed or otherwise) or complete a separate Questionnaire:
(i) Any chest or breathing complaint (eg asthma, bronchitis, tuberculosis or other respiratory problem including nasal bleeding)? ☐ ☐
(ii) Any heart problem or chest pain (eg rheumatic fever, raised blood pressure, angina, murmur, heart attack) or other problem of the blood or blood vessels? ☐ ☐
(iii) Any complaint of the digestive system, liver (including Hepatitis or Hepatitis carrier status), stomach, bowel or rectal bleeding, any kidney, bladder or urinary disorder including renal stones, endocrine disease, diabetes or thyroid problem? ☐ ☐
(iv) Any mental or brain disorder or problem affecting the nervous system including epilepsy, paralysis, numbness, dizziness, prolonged headache, loss of balance or fits? ☐ ☐
(v) Cancer or tumour, cyst, lump or other growths of any kind? ☐ ☐
(vi) Pain or other problem in your back, spine, muscles or joint, gout, or other physical disability or condition affecting sight, speech or hearing? ☐ ☐

7. Do you plan to attend, or are you currently attending or have attended in the last 5 years any hospital, clinic or doctor for:
(i) Diagnostic tests such as X-ray, ultrasonogram, blood tests, CT scan, biopsy, ECG, urine or other investigations other than for routine employment purposes? ☐ ☐
(ii) Illness, operation or other medical advice or treatment not stated under any previous question? ☐ ☐

8. Have you ever received, or expect to receive, any counseling, medical advice, treatment or any test(s) in connection with AIDS, HIV infection or any sexually transmitted disease, or had any symptoms of fatigue, persistent diarrhoea or unusual skin lesions? ☐ ☐

9. Have you ever taken narcotics or other habit forming drugs or been treated or advised in connection with your alcohol consumption or the taking of drugs? ☐ ☐

10. Female only
(i) Are you now pregnant? If Yes, please state expected delivery date. ☐ ☐
(ii) Have you suffered from any disorder of the breast or reproductive organs including abnormal smear test(s) and irregular menses? ☐ ☐

11. If any of the answers to question part II 3 to 10 is "Yes", please give full particulars below, noting the question number.

12. Remarks in connection with insurance applied for

13. Special Requests: ☐ Date back _____ (MM/DD/YY)
☐ Apply for Non - Smoking Discount
☐ Other's

14. Owner (if other than Proposed Insured)
Name:
Relationship: ID Card No. (if applicable) ( )

15. Company Endorsements Only

DECLARATION and AUTHORIZATION

I / We hereby declare and agree that:

(a) No statement or representation made or given by or to any person shall be binding on American International Assurance Co. (Bermuda) Ltd. (hereafter called the Company) unless it is in writing and is presented and approved by the Company.

(b) All written information provided by me / us in this application form and in the Company issued questionnaires or other documents signed by me / us in connection with this application and statements and answers made to the Company's medical examiners are full, complete and true and I / we understand that the Company, believing them to be such, will rely and act on them, determined any policy issued by me/us/ may be void.

(c) All information and documents provided by me / us (as defined under (b)) together with the relevant policy issued shall constitute the entire contract between myself / ourselves and the Company.

(d) Any payment made in connection to this application does not guarantee immediate approval of the coverage applied. The insurance coverage applied for shall only take effect where the relevant policies have been issued and delivered to me / us and the first premiums duly paid during my / our life time and good health.

(e) Any personal information collected or held by the Company (whether contained in this application or otherwise obtained) is provided and may be held, used, and disclosed by the Company or individuals / organizations connected with the Company or any selected third party (within or outside of Hong Kong) for its personal, direct marketing, and data matching purpose, and for communication with me / us for such purposes. I / We understand that I / we have the right to obtain access to and to request corrections of any personal information held by the Company concerning me / us. Such request can be made to any of the Company's Customer Service Centres.

I hereby irrevocably authorize:

(f) Any organization, institution or individual that has any record or knowledge of any / the proposed insured's health and medical history or any investigation or advice and who has been or may be consulted or disclose to the Company such information. This authorization shall bind any / the proposed insured's successors and assigns and remains valid notwithstanding any / the proposed insured's death or incapacity in so far as legally possible. A photocopy of this authorization shall be as valid as the original.

(g) The Company or any of its approved medical examiners or laboratories to perform the necessary medical assessment and to use to underwrite and evaluate any / the proposed insured / he/she and in relation to this application and any claim arising therefrom. These tests may include, but are not limited to tests for abdominal and related blood liquid, diabetes, liver or kidney disorders, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or causes by any human immunodeficiency virus (HIV), immune disorders or the presence of medicaments, drugs, poisons or their metabolites.

Note:
The Company reserves the right of anti-rebate to privacy and shall at all times keep all results of any medical tests confidential and use the same shall only be for the purpose of applications for insurance with the Company and any claim under the policies issued pursuant to such applications. Except where such disclosure is required by any proper Government Authority or by Law, the results of such tests will be released only at your specific request or consent.

Cancellation Right and Refund of Premium(s)

I understand that I have the right to cancel and obtain a refund of any premium(s) paid less any market value adjustment, by giving written notice. Such notice must be signed by me and received directly by the Customer Service Centre of American International Assurance Co. (Bermuda) Ltd. at 7/F, AIA Plaza, 18 Hysan Avenue, Causeway Bay, Hong Kong within 21 days from the date of this application, or 14 days from the date of issue of the policy if later.

(This application form should only be issued in conjunction with the principal brochure. I/We have read and understood the principal brochure of the Asset Life Plan before signing on this aplication form.)

Witness/Agent _____ Countersigned by Agency Leader _____ Signature of Applicant (owner), if other than Proposed Insured _____

Dated at _____ Place _____ Month/Day/Year _____ Signature of Proposed Insured _____

All cheques must be made payable to American International Assurance Co. (Bermuda) Ltd. 支票抬頭請註明美國友邦保險（百慕達）有限公司

PTA019024 (Rev. 6/96) 50M 8/96 MT

財智投資計劃

SPECIMEN

美國友邦保險（百慕達）有限公司

財智投資壽險及綜合人身意外保險要保書

普選組別 _____

組別 _____ 組號 _____
督導員 _____ 組號 _____
督導員 _____ 組號 _____
辦事處 _____ 組號 _____

重要指示：
作必要在此投保書上填報一切有關事實，因為倘若本公司之合約將以這些事實為根據，否則所出之保單將會無效，如你不填寫某一事項者否屬重，也請將此事在下面說明。

第一部份 ☐ 輸身 ☐ 不輸身 ☐ VIP 第二部份

A. 個人資料

1. a. 被保人姓名（請用正楷書寫）
（請於姓氏下加劃線）

保單號碼

b. 中文姓名

c. ☐ 男性 ☐ 女性

2. a. 出生日期 月 日 年 b. 現年歲數 c. 國籍

3. a. 身份證/護照號碼 b. ☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 鰥寡 ☐ 離婚

4. 信件寄往 ☐ 住址 ☐ 辦事處

5. 住址
室： 樓數： 座數： 大廈名稱：
鄰/街道名稱及號數/地段：
地區/國家： 電話號碼：

6. 僱主名稱及辦事處地址
公司名稱
室： 樓數： 座數： 大廈名稱：
鄰/街道名稱及號數/地段：
地區/國家： 電話號碼：

7. 職業 a. 職務 b. 公司業務性質

B. 財智投資壽險及綜合人身意外保險資料

1. a. 財智投資壽險壽險及人身意外保險之繳費辦法
☐ 年繳 ☐ 半年繳 ☐ 季繳 ☐ 月繳 **
b. 貨幣 ☐ 美金 ☐ 其它_____
c. 保險金額 _____
d. 附加利益 額數

額外保費費用：

投資分配

基金名稱	%
AIG - SEA	

2. 綜合人身意外保險

保障範圍	☐ 計劃 A	☐ 計劃 B	☐ 計劃 C
意外死亡及斷肢	US$30,000	US$60,000	US$90,000
永久完全殘廢	US$30,000	US$60,000	US$90,000
身故雙倍賠貼	US$ 300	US$ 600	US$ 900
醫療費用（意外）	US$ 1,500	US$ 3,000	US$ 4,500
每日住院賠償 ☐有 ☐無	US$ 30	US$ 60	US$ 90

注意：倘被保人之職業、職責或其他情況有任何改變，因而增加其遭受意外之可能，被保人必需即時知會本公司。

3. 預付財智投資壽險及人身意外險之保費_____作為_____個月保費
☐ 現金 ☐ 支票
** 若為月繳，請填妥預付款授權書或信用咭扣付表格，並交回會計部。

4. a. 受益人姓名 b. 關係 c. 年齡

倘受益人超過一個，除經指定外，本保單上之利益將由所有受益人平均分配

C. 雜項

1. 現時已存或正在申請之壽險額數
承保公司 壽險 意外險 危疾保險 投保日期

2. 您是否意圖以非乘客身份乘搭民航客機、參與任何危險性運動和賽事（如賽車、攀山、水肺潛水）；或於過去五年內在其他國家居住或曾居住超過三個月，倘"是"，請提供詳細資料或填寫有關問卷。 ☐ 是 ☐ 否

3. 您曾否於申請壽險、意外保險或申請復保時被拒絕受保、延期、加費或修改合約條款？若"有"請於附註欄內詳述之 ☐ 有 ☐ 無

D. 健康狀況 - 第 1 至第 10 項問題只適用於不輸身之要保書一

1. 請填寫主診醫生的姓名及地址（請註明最後求診之日期、原因及結果）

2. (i)

身高	體重
厘米/呎*	公斤/磅*

（* 請刪去不適用者） 是 否

(ii) 過去 12 個月內，您的體重是否減少七磅或以上？倘"是"，請註明原因（若知道）及磅數。_____ ☐ ☐ 公斤/磅*

3. 您的親生父母、兄弟姊妹過否患有心臟病、中風、高血壓、腎病、腎病綜合症、肝炎（或是肝炎帶菌者）、癌症或任何遺傳性疾病；或因上述疾病死亡？倘"是"，請提供有關年齡、所屬關係及致病或致死原因的詳細資料。 ☐ ☐

4. 您是否或曾否吸煙？請註明每天吸煙量（平均）及吸煙的年數，倘您已停止吸煙，請註明戒煙的時間和原因，如經醫生建議等。
數量 _____ 年數 _____ 戒煙日期 _____
原因 _____ ☐ ☐

5. 您是否每天/每星期飲酒？請註明每天飲酒量（平均）及酒的種類，即啤酒、餐酒、烈酒等。
數量 _____ 種類 _____ ☐ ☐

6. 您是否曾患有或因下列各種疾病而接受治療？倘"是"請填寫有關病情、日期和所有治療的詳細資料。
(i) 任何胸部疼痛或吸呼問題（如哮喘、支氣管炎、肺結核或其他呼吸器官做狀，包括咳鼻血）？ ☐ ☐
(ii) 任何心臟的疾病或胸口疼痛（如風濕性發熱、高血壓、心絞痛、心臟雜音、心臟踫停），或其他血液或血管疾病？ ☐ ☐
(iii) 任何消化系統，肝（包括：肝炎或肝炎帶菌者）、胃、腸或直腸出血；任何腸胃或泌尿系統毛病，包括胃石、內分泌疾病、糖尿病或甲狀腺疾病？ ☐ ☐
(iv) 任何精神和腦部失常或問題而影響神經系統，包括腦病、癲癇、麻痺、腦震、長期頭痛、身體失去平衡或抽搐？ ☐ ☐
(v) 任何骨骼、關節、肌肉、腰痛或其他任何寶生物？ ☐ ☐
(vi) 任何骨骼、肌肉或關節疼痛或其他疾病，痛風或其他影響或減少工作能力和健美的身體殘疾和毛病？ ☐ ☐

7. 您是否打算或現正、或於過去五年內曾在任何醫院、診所或醫務所接受：
(i) 一些診斷性之檢查如照X光、超聲波、驗血、電腦掃描、活體檢視、心電圖，驗尿或其他非因受聘而進行之例行身體驗查？ ☐ ☐
(ii) 以上各項沒有提及的疾病、手術或其他醫療踏詢或治療？ ☐ ☐

8. 您是否曾接受、或打算接受與愛滋病、HIV 抗體或任何由性接觸而傳染的疾病之有關輔導、醫療踏詢、治療或任何檢驗；或曾出現疲倦、長期腹瀉或不尋常之皮膚損傷的徵狀？ ☐ ☐

9. 您是否服食藥品或其他導致上癮的麻醉藥品、或曾因飲酒、吸毒或服用藥物而需接受治療或輔導？ ☐ ☐

10. 女性被保人適用
(i) 您現在是否懷孕？倘"是"，請填寫預產期。 ☐ ☐
(ii) 您是否患有任何乳房或生殖器官的疾病，包括不正常之檢片細胞檢查及月經失調？ ☐ ☐

11. 上述第二部份第 3 項至第 10 項問題中，如有任何答案"是"或"有"者，請詳述之

12. 附註

13. 特別要求
☐ 提前保單日期 _____ (月/日/年) ☐ 申請非吸煙折扣 ☐ 其他

14. 主權人（倘非被保人）
姓名 與被保人關係 身份證號碼 (如適用者)

15. 公司批註條款

本人/我們聲明及同意：

(a) 除以書面形式及經美國友邦保險（百慕達）有限公司（以下稱為貴公司）發表和更改外，任何其他人士所發表或聲明的資料或陳述，貴公司概無責任。
(b) 本人就此投保書內填寫的資料；及與此投保書有關，經本人簽署，並由貴公司接受的附帶或其他文件；及本人對貴公司陳述發生所作的陳述和答案，乃完全及真實，本人亦明白貴公司以上述資料為依據，審核此投保書，如上述資料不確實，任何保險此投保書將會的保單，可於徵作無效。
(c) 本人投保的任何資料及文件（如"b"所述者）及填寫之保單，將成為本人與貴公司之間所簽署的之全部。
(d) 倘本投保書填寫的任何付款，並不保證此申請可即時生效，即使申請之保險將在投保書發出及已繳清首期保費後，並於本人身體健康之情況下獲交至本人，乃為生效。
(e) 貴公司或其職之人士/陳述或任何（本地或海外）的獨立個體，可將貴公司或其保險之任何本人的個人資料（此投保申請書所填或由其他地方取得），於 (i) 處理及審議此投保申請或任何其他保險申請之中時及/或 (ii) 提供所有與此投保申請有關之服務及/或由因任何原因與本人簽訂有關合約，保留、使用或向他人披露有關資料。
(f) 本人同意如對此投保書與隨之所有保單發生爭議時，倒以英文版本為準。
本人，被保人聲明：
(g) 任何如已或將有本人之健康狀況及病歷或任何地方或醫師記錄及曾為本人診治之醫師、超風或人士，向美國友邦保險（百慕達）有限公司披露有關資料，不得撤銷，即使本人已死亡或喪失能力，此授權書仍然有效，即本人之產業人及每位人的受此授權書之約束，此授權書之正本與副本同樣有效；及
(h) 美國友邦保險（百慕達）有限公司或任何其授權之代理人或可之最多曾生或化驗所，曾本人進行所需之醫療評估及調試，作為審核本投保書及評估任何與之有關的細保申請，此等化驗會包括，但並不限於，驗血與及有關之血液檢，腫瘤病，愛滋病或其他

AMERICAN INTERNATIONAL ASSURANCE CO. (BERMUDA) LTD.
(Incorporated in Bermuda)

Team ☐☐ Office ☐☐☐
Agency Name _____ Code ☐☐☐☐☐
Agent Name _____ Code ☐☐☐☐☐

REQUEST FORM FOR DIVIDEND, FPDA, CASH ENDOWMENT AND ASSET LIFE PLAN FUND

Policy No. _____ Insured _____

A. Change the dividend option, with effect from the next anniversary, to :
- ☐ Cash Payment
- ☐ Premium Reduction
- ☐ Dividend Accumulations
- ☐ Paid Up Additions
- ☐ Loan Reduction, and the balance, if any, to : ☐ Cash Payment ☐ Dividend Accumulations

B. Withdraw ☐ Dividend $_____
☐ Future Premium Deposit Account - $ _____
#☐ (For Asset Life Plan Only) Fund _____ No. of Units _____ or Amount US$_____

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

and
(i) ☐ Forward me/us the cheque
(ii) ☐ Pay the Premium of the above policy due on (MM/DD/YY) _____
☐ Pay the new Application Policy no. _____ for initial deposit, Applicant's name _____
☐ Pay the premium due on:-
(MM/DD/YY) _____ on other policy no. _____
_____ on other policy no. _____
_____ on other policy no. _____
☐ Repay the loan on policy no. _____
##☐ (For Asset Life Plan Only) Switch to Fund _____ ____% or Amount US$ _____

_____	____%	_____
_____	____%	_____
_____	____%	_____
_____	____%	_____
_____	____%	_____
_____	____%	_____
_____	____%	_____

☐ Forward me/us the balance by cheque if any
(iii) ☐ Cheque Currency Preference ☐ Policy Currency
☐ Hong Kong dollar

C. Change Premium Allocation (For Asset Life Plan Only) :
Fund _____ ## Premium Allocation ____%

_____	____%
_____	____%
_____	____%
_____	____%
_____	____%
_____	____%
_____	____%
	100%

D. Other instructions _____

_____ _____ _____
Signature of Witness Signature of Owner/Assignee/Trustee* Date

Name :
Tel No. :

FOR OFFICE USE ONLY

_____ _____ _____ _____
Signature Verified Input Date Checked By Remarks

Note : # Minimum withdrawal amount = US$500.00.
Minimum balance of account value after withdrawal = US$500.00.
Mimimum allocation to each fund is 10%; unless specified in Part C, the current premium allocation remains unchanged.

* Delete as inappropriate

SAMPLE

美國友邦保險(百慕達)有限公司

組別 ☐ 辦事處 ☐☐
營業員組別 _____ 編號 ☐☐☐☐☐
營業員 _____ 編號 ☐☐☐☐☐

紅利 / 現金儲備金戶口 / 可支取現金 / 財智投資壽險計劃基金申請表

保單號碼：_____ 受保人：_____

甲. 更改紅利給付辦法，由下期週年日生效：
- ☐ 現金支付
- ☐ 減去保費
- ☐ 積存生息
- ☐ 加購付清保險
- ☐ 減去借款，若有餘額則：☐ 支票支付 ☐ 積存生息

乙. 提款
- ☐ 紅利$ _____
- ☐ 現金儲備金戶口$ _____
- #☐ (只限財智投資壽險計劃)基金名稱 _____ 單位數目 _____ 或金額美元$ _____
  _____ _____ _____
  _____ _____ _____
  _____ _____ _____
  _____ _____ _____
  _____ _____ _____
  _____ _____ _____

及
- (i) ☐ 以支票支付
- (ii) ☐ 繳付上述保單於 _____ 到期之保費
  ☐ 繳付新保單申請號碼 _____ 作首期之按金，申請人姓名 _____
  ☐ 繳付其他保單號碼
  _____ 於 _____ 到期之保費
  _____ 於 _____ 到期之保費
  _____ 於 _____ 到期之保費

SAMPLE

- ☐ 繳付保單號碼 _____ 之貸款
- ##☐ (只限財智投資壽險計劃)基金名稱 _____ _____% 或金額美元$ _____
  _____ _____% _____
  _____ _____% _____
  _____ _____% _____
  _____ _____% _____
  _____ _____% _____
- ☐ 若有餘額以支票支付
- (iii) 支票貨幣選擇 ☐ 保單貨幣 ☐ 港元

丙. 更改基金投資金額 (只限財智投資壽險計劃)：

基金名稱	##投資分配
_____	_____%
_____	_____%
_____	_____%
_____	_____%
_____	_____%
_____	_____%
_____	_____%
	100%

丁. 其他指示：_____

_____ _____ _____
見證人簽署 * 受保人/權益人/受讓人簽署 日期

姓名：
聯絡電話：

職員專用

_____ _____ _____ _____
核對簽署 輸入日期 負責人 備註

註：# 最低提款金額及戶口總結餘均爲 US$500.00。
每項投資分配不得少於 10%；除非於丙部列明，現有的基金投資分配將維持不變。
* 請刪去不適用者