

出境旅遊保險 – TIC 計劃申請表
請傳真至 905-480-9939 霍氏保險代理行

A. 投保人姓名：（此欄請用英文填寫；先寫姓氏，後寫名字） 出生 月份/日子/年份

1. _____ ; _____
 2. _____ ; _____
 3. _____ ; _____
 4. _____ ; _____

B. 地址：（此欄請用英文填寫）

_____, _____, _____, _____
 單位/柏文號碼 街號及街名 城市 郵區號碼

C. 住宅電話： _____ **辦公室電話：** _____
手機號碼： _____ **電郵：** _____

D. 旅遊目的地： 美國〔請註明州名〕： _____ 非美國： _____

E. 出境日期： _____ **保單生效日期：** _____ **保單結束日期：** _____
 (月份/日子/年份) (月份/日子/年份) (月份/日子/年份)

F. 申請人姓名〔若與投保人相同，毋須填寫〕： _____ **與投保人關係：** _____

- G. 選購計劃：**
- 緊急住院及醫療保險：美國計劃 非美國計劃
 - 飛航意外險： \$200,000 \$500,000
 受益人姓名： _____ 與投保人關係： _____
 - 意外死亡及殘廢：\$25,000 \$100,000 \$250,000
 受益人姓名： _____ 與投保人關係： _____
 - 基本全年多次外旅緊急住院及醫療保險：
 8 日行程 15 日行程 35 日行程
 60 日行程 105 日行程
 - 精選全年多次外旅計劃：〔每次旅程為 35 日的全球旅行〕
 選項 #1. 包括緊急住院及醫療保障及\$100,000 飛航意外
 選項 #2. 包括緊急住院及醫療保障、\$100,000 飛航意外、\$1,000 旅程取消及\$2,000 旅程中斷保障
 受益人姓名： _____ 與投保人關係： _____
 - 旅程取消及旅程中斷計劃：
 基本計劃 精選計劃 保額： _____
 受益人姓名： _____ 與投保人關係： _____
 - 套裝計劃：
 保額： _____
 受益人姓名： _____ 與投保人關係： _____
 - 其他： _____

H. 付保費方式：
 信用咭號碼 (Visa or Master)： _____ 有效期至： _____
 或把保費存進 TD Canada Trust 多倫多道明信託銀行，霍氏保險代理之帳号 233-520-6192

本人謹此聲明在購買本保險計劃時，本人身體健康良好，並不需要接受醫療護理；且授權 TIC 公司及其有關公司，在需要辦理索賠時，將本人資料送交辦理賠償事宜的部門。

申請人簽名： _____ 日期： _____

〔閣下支付的保費其中已包括 TIC 保險有限公司批准本公司作為保險代理的佣金。〕