

MEDICAL COPY REQUEST FORM

索取醫療報告副本表格

Proposed Insured 準受保人	Given Name 名字	Surname 姓氏	
Date of Birth 出生日期	(dd/mm/yyyy) (日/月/年)		
Producer Name 營業員姓名	Producer ID 營業員編號		
Policy Number 保單編號	HKID/Passport Number 香港身份證/護照號碼		

Select Reports 選擇報告 : (Please select 請選擇)

- ☐ Paramedical/Medical Examination Report (Administrative fee: HKD100)
體格檢查(護士) / 體格檢查(醫生)報告(行政費: 100 港元)
- ☐ ECG Report and Tracing (Administrative fee: HKD100)
心電圖(行政費: 100 港元)
- ☐ Laboratory Reports (Administrative fee: HKD100)
化驗報告(行政費: 100 港元)
- ☐ Full Medical File (Administrative fee: HKD350)
完整醫療報告(行政費: 350 港元)

I, the Proposed Insured, request Transamerica Life (Bermuda) Ltd., to send a copy of the report(s) selected above to:

本人, 即準受保人, 謹此要求全美人壽(百慕達)有限公司將上述報告副本寄予:

- ☐ Myself, at the address provided on my Application Form; or
本人, 地址載於申請書內; 或

- ☐ My designated physician (Physician's name: _____), at the address provided below:
本人指定之醫生 (醫生姓名: _____), 地址如下:

Total amount paid 付款總額: HKD _____ 港元

- ☐ Bank transfer 銀行轉帳 ☐ Cheque number 支票號碼 _____

Remarks 附註:

Authorised Signatures 授權簽署

Signature of the Proposed Insured 準受保人簽署			
X			
Date 日期	(dd/mm/yyyy 日/月/年)	Place 地點	Country 國家