

客户投保资料表 / お客様情報

到访预约资料 / 事前申込書

预订日期/訪問日時	到达时间/到着時間	总人数/合計人数					
中文姓名/漢字氏名	姓	名	护照拼音/ローマ字氏名	姓	名		
身份证号码/パスポート番号	My number マイナンバー (12桁)						
出生日期/生年月日	年	月	日	称谓/呼称	性别	国籍	
教育程度/學歷	婚姻状况		吸烟/喫煙有無	身高/身長	厘米/cm	体重	公斤/kg
健康状况/健康状態	是否有已知疾病, 及过去5年内是否有做手术及住院纪录?(如是, 请註明) / 過去5年間に病気があり、手術および入院記録を持っていますか? (もしお持ちの場合、ご記入下さい)						
联系电话/連絡先	手机/携帯	固话/固定電話		公司电话/会社電話			
电邮地址/メールアドレス							
现住所						邮编/郵便番号	
住址(如非身份证上地址 需提供住址证明) /連絡先住所						邮编/郵便番号	
公司名称/会社名			行业类别/業種	职位/職種	职务/役職		
公司地址/会社住所							
每月总收入(港币) /毎月の収入(HKD)	每月总支出(港币) /毎月の支出(HKD)		流动资产(港币) /流動資産(HKD)				

个人资料 - 受保人 (如与保单持有人不同时填写) /

中文姓名/漢字氏名	姓	名	护照拼音/ローマ字氏名	姓	名		
身份证号码/パスポート番号	My number マイナンバー (12桁)			出生証明			
出生日期/生年月日	年	月	日	称谓/呼称	性别	国籍	
教育程度/學歷	婚姻状况		吸烟/喫煙習慣	身高/身長	厘米/cm	体重	公斤/kg
健康状况/健康状態	是否有已知疾病, 及过去5年内是否有做手术及住院纪录?(如是, 请註明) / 過去5年間に病気があり、手術および入院記録を持っていますか? (もしお持ちの場合、ご記入下さい)						
联系电话/電話連絡先	手机/携帯電話	固话/固定電話		公司电话/会社電話			
电邮地址/メールアドレス						与保单持有人关系/ 保険契約者との関係	
现住所						邮编/郵便番号	
住址(如非身份证上地址 需提供住址证明) /連絡先住所						邮编/郵便番号	
公司名称/会社名			行业类别/業種	职位/職種	职务/役職		
公司地址/会社住所							
每月总收入(港币) /毎月の収入(円)	每月总支出(港币) /毎月の支出(円)		流动资产(港币) /流動資産(円)				

计划资料 / 商品に関して

产品机构/会社名	产品名称/商品名					
保单货币/保険金額	投保金額/保険金総額	付款频率/年利率	年			
供款年期/契約期間	供款金額/契約金額	年龄回溯/ディバック	要			
首期付款方式 /初回2か月分支払方法	<input type="checkbox"/> 银联/ユニオンペイ	<input type="checkbox"/> 电汇/海外送金	<input type="checkbox"/> 信用卡/クレジットカード	<input type="checkbox"/> 现金/現金	<input type="checkbox"/> 香港銀行自動轉賬(DDA) /香港銀行自動引落し(DDA)	<input type="checkbox"/> 其他/その他
续期付款方式 /3か月目以降支払方法	<input type="checkbox"/> 银联/ユニオンペイ	<input type="checkbox"/> 电汇/海外送金	<input type="checkbox"/> 信用卡/クレジットカード	<input type="checkbox"/> 现金/現金	<input type="checkbox"/> 香港銀行自動轉賬(DDA) /香港銀行自動引落し(DDA)	<input type="checkbox"/> 其他/その他
附加契約/項目	<input type="checkbox"/> 付款人保障	<input type="checkbox"/> 其他: 請註明 / その他: 証明書:				

中文姓名/漢字氏名	护照拼音/ローマ字氏名	性别	与被保人关系/ 保険契約者との関係	身份证号码/パスポート番号	受益比例/受益比率(%)

策略联盟资料 (必须填写“顾问名称”此栏) ビジネスパートナー情報 (*「会社名」の記入は必須項目です)

顾问名称/会社名	鑄博亞洲資產管理有限公司	顾问编号/法人番号	联系电话/電話連絡先
公司内部专用 (一) 社内用(一)			
擬定 簽单員	Akiho Hall	預約編寫	確認預約
公司内部专用 (二) 社内用(二)			
文件填写員	簽单員	认证員	
保單編號	<input type="checkbox"/>	日期	<input type="checkbox"/> 年繳保費
備注欄	<input type="checkbox"/>	簽署	<input type="checkbox"/> 公司蓋印