

索取 / 遞交表格的途徑：親臨本公司 / 郵寄

地址：澳門新口岸宋玉生廣場 398 號中航大廈 10 樓

Alameda Dr. Carlos D'Assumpcao, No.398, Edif. CNAC,
10 Andar, Macau

傳真：853- 2878 7217

網頁：www.mo.cntaiping.com

投訴需知：

1. 在接獲投訴的 7 個工作天內，本公司將以書面方式向閣下發出確認信；
2. 最終回覆將於接獲投訴的 30 天內，如投訴內容比較複雜導致本公司不可於 30 天內作最終回覆。本公司將向閣下發出中期回覆信函，最後，根據投訴的性質及複雜程度，最終回覆函將於投訴後 60 天內發出。

本人 / 我等聲明上述各項資料均為真實無誤。本人 / 我等明白且同意中國太平保險(澳門)股份有限公司可將本表格或從其他途徑所得關於本宗投訴之資料用於保險業務用途，並可使用、儲存、透露及轉交該等資料予任何與該公司有關之人士、機構或選定之等三者，包括其他與保險或再保險業務有關之公司、中介人、理賠調查員、醫療機構、顧問、政府機關或保險業組織。

I / We declare that all the statements and particulars above are true and correct. I / We understand and agree that China Taiping Insurance (Macau) Co., Ltd. may use any of the information related to this complaint, contained herein or obtained otherwise, in its insurance business and may use, store, disclose and transfer such information to any individual or organization associated with or appointed by the Company, including any company carrying on insurance or reinsurance related business, intermediary, claims investigator, medical facility, advisor, government authority or industry association.

投訴人簽署 Signature of Complainant

日期 Date

下表由本公司填寫	
投訴個案編號：	接收投訴日期：
發出確認信編號：	發出日期：
發出中期回覆函編號：	發出日期：
發出最後回覆函編號	發出日期：
本投訴個案是用何種方解決？請說明：	
本投訴個案有否糾正措施？如有，請說明：	
結案日期：	