

Employer:

僱主:

## **QBE Hongkong & Shanghai Insurance Limited**

## 昆士蘭聯保保險(香港)有限公司

2BE 民士闡F保保險(香港)有限公司 A member of the worldwide QBE Insurance Group 澳洲昆士蘭保險集團成員

## Corporate Medical Scheme 團體醫療計劃 Member Amendment Form 會員資料修訂表



Unit 8E Golden Sun Centre 223 Wing Lok St Sheung Wan HK Tel. (852) 2530 2530 Fax (852) 2530 2535 Email: crew@navigator-insurance.com www.navigator-insurance.com

Date:

日期:

## Important Note 重要事項:

- A Please complete the relevant Member Amendment Form and submit to us within 30 days of the effective date. 請填妥有關會員資料修訂表,並於生效日期起計30天內遞交本公司。
- ☆ Please ensure that you have read and understood the Personal Information Collection Statement of QBE Hongkong & Shanghai Insurance Limited. 請確保閣下已知悉及明白昆士蘭聯保保險(香港)有限公司之收集個人資料聲明內容。

Change of Benefit Class / Name / Bank Account Number / Others 更改保障類別/姓名/銀行戶口號碼/其他									
Membership No. 會員編號	Surname 姓	Name 名	Date of Change (DD/MM/YYYY) 更改日期 (日/月/年)	Type of Changes 更改事項		om 曲	To 到	Remarks 備註	
					1				
Declaration 聲	## ·		Signed by the au	Signed by the authorized person of the Employer (with company chop)			For Official Use Only 公司專用		
			僱主授權簽署(i d be held, 」),	僱主授權簽署(連公司印鑑)			QBEHKSI.GMD.AMD.2015.1(30)		
				Date 日期			nput 資料輸入 Date 日期		

Policy No.:

保軍號碼: