

To 致 : Customer Service 客戶服務
Tel 電話 : 2560 1990
Fax 傳真 : 2967 3515
Address 地址 : 25/F Sunning Plaza, 10 Hysan Avenue, Causeway Bay, Hong Kong
香港銅鑼灣希慎道 10 號新寧大廈 25 樓

CHANGE REQUEST 更改通知

(This form is ONLY applicable to policies with prefix "CT", "CC" or "CTM")

(此表格只適用於保單號碼字首為 CT、CC 或 CTM 的保單。)

Policy Holder's Name (In Block Letter)

保單持有人姓名 (請以英文正楷填寫) _____

Policy Number

保單號碼

HKID Number

香港身份證號碼

Please complete your recent change of information as below:

請於適當欄上填寫更改資料：

Address (English)
地址 (英文) _____

Telephone Number
電話 Residential 住宅 _____ Office 辦公室 _____ Mobile 手提電話 _____

E-mail Address
電郵地址 _____

Nominated Card/Account Number Issued Bank Card Expiry Date (MM/YY)
保費付款信用卡/戶口號碼 簽發銀行 信用卡到期日 (月/年)

Change of Ownership
更改保單持有人

Name in Chinese & English _____ Sex _____
中英文姓名 性別

HKID/ Passport No. _____ Relationship with Person Insured _____
香港身份證/護照號碼 與受保人之關係

Date of Birth _____ MM/ _____ DD/ _____ YY _____ Email Address _____
出生日期 月 日 年 電郵地址

Correspondence Address _____
通訊地址

Contact Number (Mobile/ Pager) _____ (Office) _____ (Residential) _____
聯絡電話 手提電話 辦公室 住宅



CHANGE REQUEST 更改通知

Policy Holder's Name (In Block Letter)

保單持有人姓名 (請以英文正楷填寫)

Policy Number

保單號碼

HKID Number

香港身份証號碼

Change of Premium Payment Frequency

更新保費期數

Annual

每年

Semi-annual

每半年

Quarterly

每季

Monthly Autopay (Please attach DDA Form)

每月

Change of Beneficiary/ Trustee

更改受益人/信託人

Name in English & Chinese

中英文姓名

Relationship with Person Insured

與受保人之關係

*HKID/Birth Cert. / Passport No.

香港身份証/出世紙/護照號碼

Share (%)

分配

Name of Trustee (if any)

信託人姓名 (如適用)

HKID/ Passport No.

香港身份証/護照號碼

Relationship with Person Insured

與受保人之關係

Other (Please specify) 其他 (請詳述)

Policyholder's Signature

保單持有人簽名

(If change payment method must be the same as the Credit Card/Bank's Record)

(如更改付款信用卡/戶口號碼必須與信用咭/銀行賬戶檔案相同)

Person Insured's Signature

受保人簽名

Date

日期

For Office Use Only 公司專用

Remarks :

Follow up by (CS)

Initial and Operator ID

Date

Process by (CFA)

Initial and Operator ID

Date

0609