QBE Hongkong & Shanghai Insurance Limited
昆士蘭聯保保險（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

Important Note 重要事項：

☆ 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。

Employer: 僱主：		**Policy No.:** 保單號碼：		**Date:** 日期：	

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	From 由	To 到	Remarks 備註

Declaration 聲明：

I/We confirm that I/We have read the QBE Hongkong & Shanghai Insurance Limited's Personal Information Collection Statement ("Notice") and acknowledge and agree that all personal data and information with respect to me/us which are provided by me/us in relation to this application may be held, used, processed or disclosed to such parties for such purposes as set out in the Notice.

本人/吾等確認本人/吾等已細閱昆士蘭聯保保險（香港）有限公司的收集個人資料聲明（「通知」），並知悉及同意有關於本人/吾等於是次申請由本人/吾等提供的所有個人資料及其他資料將可能被持有、使用、處理或披露予有關方面以用作「通知」上所載的用途上。

Signed by the authorized person of the Employer (with company chop)
僱主授權簽署（連公司印鑑）

Date 日期

For Official Use Only 公司專用

QBEHKSI.GMD.AMD.2015.1(30)

Input 資料輸入 Date 日期

33/F, Oxford House, Taikoo Place, 979 King's Road, Quarry Bay, Hong Kong
Email : medical@qbe.com