



To: Medical Department

Individual Medical Change Request Form
個人醫療保險更改通知書

Name of Policyholder (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

Please complete your recent change of information as below:

請於適當欄上填寫更改資料:

New Address (English)
地址 (英文)

New Telephone Number
電話

New E-mail Address
電郵地址

Home/ Office 住宅/辦公室

Mobile 手提

*Change of Occupation
更改職位

Name of Employer/Association
僱主/團體組織名稱

New Occupation & Job duties
新職位及工作性質

*Change of Coverage
更改投保計劃

(A) mediTop Plan 利加保 - Room Level: Ward 大房 Semi-Private 半私家房 Private 私家房

Deductible: HK\$30,000 HK\$50,000 HK\$100,000
墊底費

(B) #proMediLink Plan 靈利保 - Room Level: Plan 1 計劃 1
Ward 大房 Plan 2 計劃 2
Semi-Private 半私家房 Plan 3 計劃 3
Private 私家房

Hospital 住院 Hospital 住院 Hospital 住院
 SMM 附加醫療 SMM 附加醫療 SMM 附加醫療
 Outpatient 門診 Outpatient 門診 Outpatient 門診

Other (Please specify) 其他 (請詳述)

* Acceptance of change will be subject to the Insurer's approval
有關更改必須經本公司審批及通過方能生效。

#Health Declaration is required
有關更改必須申報其健康狀況

Signature of Policyholder / Date (MM/DD/YY)
保單持有人簽名 日期 (月/日/年)

Signature of Insured / Date (MM/DD/YY)
受保人簽名 日期 (月/日/年)
(If not Policyholder 如非保單持有人)