團體保險計劃

參加員工資料表格

YF Life	YFL	/	Y
萬通保險	Ė		

Company Name: __

		關聯公司名稱									保單號碼 (Medical)(醫療)										
of Employee (s) 🥞	加員工																				
Type ^3	Number ^4	Staff Number*	English Name of Proposed Insured (As shown in Bank Account)			Gender 性別	Nationality^6 國籍^6	Date of Birth 出生日期			Date of Employment* 入職日期*			Effective Date 生效日期			Basic Monthly	Employee's Bank Account No.* 僱員之銀行戶口號碼*			
身份證明 文件類別 ^3			準受保人英文姓名 (請依照銀行戶口姓名填寫)					мм 月	DD ∃	YY 年	мм 月	DD 日	YY 年	мм 月	DD 日	YY 年	→ □ + + + ** ∧	* Bank 銀行	Branch 分行	Account 戶口號碼	
□ I □ N □ P																					
Country of Residence***原居地:		Residential Address	tesidential Address*** 居住地址:						Email *# 電郵:							Mobile Phone Number*# 手提電話號碼:					
□ I □ N □ P																					
dence***原居地:		Residential Address	ential Address*** 居住地址:				•	Email *# 電	Email *# 電郵:							Mobile Phone Number*# 手提電話號碼:					
□ I □ N □ P																					
Country of Residence***原居地:			Residential Address*** 居住地址:					Email *# 電	Email *# 電郵:							Mobile Phone Number*#手提電話號碼:					
□ I □ N □ P																					
Country of Residence***原居地:			Residential Address*** 居住地址:					Email *# 電郵:							Mobile Phone Number*# 手提電話號碼:						
□ I □ N □ P																					
Country of Residence***原居地:		Residential Address	Residential Address*** 居住地址:						mail *# 電郵:							Mobile Phone Number*# 手提電話號碼:					
of Dependant (s) 🗐	多加家屬			1																	
1		Proposed Insured	Employee** ₇₅	Gender	Nationality	√6 Identi	Identity Document Typ		pe ^3 Identity Document Number ^4		Date of Birth 出生日期			Date of Marriage 結婚日期			期 Effective Date 生效日期			Benefits Class ^2	
		準受保人英文姓名		基受保人與僱員之 性別 關係** ⁴⁵		國籍 46 身份		/3 身	3 身份證明文件號		мм 月	I DD ⊟	DD 日 YY 年		DD ⊟	YY 年	мм月	DD ∃	YY 年	福利級別 ^2	
			□s□c] N F	,													
			□s□c]	,													
			□s□c] N F	,													
ernational Ltd. to the Compinvestigation or other servicion documents of all its emption and provided document (Affiliated Company declare 脚公司確認已知會所有/百:或中間人作賠償及專將會登記,並保證會保存。	any/Affiliated Company. ce providers providing ser loolyees and dependents e ary proofs to the satisfact s that all eligible depende be 26 路径 是一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个	it is agreed that the inforvices relevant to insuran nrolled or to be enrolled ion of YF Life Insurance In thildren enrolling und 關於其個人資料將會提保險服務的提供者:這種保險國際有限公司和企日制學生。	rmation provided may be to toe business or any associa whether under this form o thernational Ltd. forthwith er this Policy are full time sr 皮露予萬通保險國際有 或任何現存及將來成立的	ransferred to any tion or federation r otherwise, it un upon its request. tudents. 艮公司之事宜: 均保險公司協會	related company n of insurance cor dertakes to keeps 而僱員亦同意』 可或聯會。本公司	or any other or npanies that ex such informatio 土安排,反之 引/關聯公司 通保險國際有	company carrying on lists or is formed fro n up to date and sha 亦然。所提供的資 已核對所有僱員及 限公司的要求下,	insurance or im time to time to time to time II inform YF Lif II inform Y	reinsurance re e. The Compar fe Insurance In 予其他有關。 份證明文件) 交與該更改	lated business ny/Affiliated Co iternational Ltd 公司或任何其 及住址,包括 有關及令其滿	or an intermor mpany has ve . of any chan 他進行保險 以此或其他 意的文件。	ediary erified ges to g或再 之表格	Com 負責 Dat 日其	pany Chop 人簽署及2 e 用:	公司印章:	育官人蒸乃壓	森星雷陸區				
	Identity Document Type ^3 身份證明文件類別 ^3 □ I □ N □ P dence***原居地: □ I □ N □ P dence****原居地: □ I □ N □ P dence***原居地: □ I □ N □ P D D D D D D D D D D D D D D D D D D	Type ^3 身份證明 文件類別 ^3 □ I □ N □ P dence***原居地: □ I □ N □ P	Identity Document Type 3 身份證明 文件類別 3	Identity Document Type ^3	of Employee (s) 参加員工 Identity Document Type '3	of Employee (s) 参加員工 Identity Document Type '3 身份證明 文件號碼 '4 身份證明 文件號碼 '4 自分證明 文件號碼 '4 □ □ □ N □ P dence***原居地: □ N □ P dence*** 原居地: □ N □ P dence*** 原在地址: □ N □ P dence*	Identity Document Identity Document Type as 身份證明 文件號碼。 Staff Number as 身份證明 文件號碼。 Residential Address*** 居住地址: Besidential Address*** 居住地址: Beside	of Employee (s) 参加員工 Identity Document Type 29 身份證明 文件類例 2	of Employee (s) 参加員工 Identity Document Number ** 身份證明 文件報酬*** Staff Number** 負先證明 文件報酬*** Staff Number** 身份證明 文件報酬*** Staff Number** 自工報碼*** English Name of Proposed Insured (As shown in Bank Account)	Identity Document Type	Identity Document Type - 3	Identity Document Type s 分の設別	Identity Document Mypers 分部目工 Identity Document Mypers 分の理例 Name of Proposed Insured (As shown in Bank Account) 学を介入支充性 As shown in Bank Account) 学を介入支充性 MM 月 DD日 YY 年 MM 月 DD日 Y	of Employee (s) 参加页工 Identity Document Number 2	Identity Document Vige st Authority Staff Number Authority Author	Setting Document Months Months Document Months Months	Membry Membry	### Part	Medicing Counting Seption Seption Seption Minimary Seption	### Part Par	

^5 S for Spouse, C for Child 配偶請用 S, 子女請用 C

Affiliated Company Name:

YF Life Insurance International Ltd.

*** To be completed only for Medical Policy 只供醫療保單填寫

** To be completed only for Dependent enrolment 只適用於加入家屬時填寫

#Only applicable to a policy which has selected to use E-claims Advice service 只適用於已選用電子賠償通知書服務之保單

萬通保險國際有限公司 www.yflife.com ^6 No need to fill in if the proposed insured is a HK permanent resident 如準受保人為香港永久居民,請不用填寫

^4 In the case of a HK non-permanent resident, please also provide his passport number 如非香港永久居民,請另外提供其護照號碼

^2 Please follow the classification defined in the policy provision 請根據保單上訂立之福利計劃級別填寫

Hong Kong Head office 27/F, YF Life Tower, 33 Lockhart Road, Wanchai, Hong Kong 香港總公司 香港灣仔駱克道 33 號萬通保險大廈 27 樓 Customer Service Suite 1208, Tower 6, The Gateway, 9 Canton Road, Tsimshatsui, Hong Kong 客戶服務 香港尖沙咀頂東道 9 號港威大廈 6 座 12 樓 1208 室

^3 I for HK permanent resident, N for HK non-permanent resident, P for Passport holder 香港永久性居民謫用 I,香港非永久性居民謫用 N,非香港居民(護照持有人) 謫用 P

Policy No.:^1

(Life)(人壽)

CHANGES & TERMINATION FORM

員工資料更改及離職表格

GROUP INSURANCE PLAN

團體保險計劃

YF	Life	
	萬通	保險

公司名稱		Affiliated Company Name:										,,,,,,,,				
											1)	Medical)(醫療) _				
			Report of	Changes 資料	更改報告							Report	of Termination 離職	報告		
Identity Document / Certificate Number 身份證明文件/ 證書號碼	English Name of Insured Member 受保人英文姓名	New Benefits Class ^2 新福利級別 ^2	New Basic Monthly Salary* 新每月基本 薪金*	New Affiliated Company*	New Nationality^3 新國籍^3	En	Effective Date 生效日期			Note: Please return and attach the Medical Cards of the terminated employees and their dependent to this form. 注意:請基回即將離職之員工及其家屬之醫療咭並連同此表格一併交回本公司。						
				新關聯公司*		Bank Branch 銀行 分行		Account 戶口號碼	мм 月	DD 日 N	YY 年	注意:網絡凹即府	Name of Employee / Dependents	Last day of Employment 最後受僱日期		
											Certificate No. 身份證明文件/					
New Country of Reside	ence 新原居地:**	New Residential Addres	ss 新居住地址:**		證書號碼	僱員/家屬姓名	мм月	DD 🖯	YY 年							
New Mobile Phone Nu	mber*# 新手提電話號碼:		New Email*# 新電郵:													
New Country of Reside	ence 新原居地:**	l	New Residential Addres	ss 新居住地址:**	I	l	1	l								
New Mobile Phone Number*# 新手提電話號碼:			New Email*# 新電郵:													
New Country of Reside	rnce 新原居地:**	New Residential Address 新居住地址:**														
New Mobile Phone Number*# 新手提電話號碼:			New Email*# 新電郵:													
														<u> </u>		
New Country of Reside	L ence 新原居地:**	ı	New Residential Address 新居住地址:**													
New Mobile Phone Number*# 新手提電話號碼:			New Email*#新電郵:										 			
														+		
New Country of Reside	I ence 新原居地:**		New Residential Address 新居住地址:**													
New Mobile Phone Nu	mber*# 新手提電話號碼:	New Email*# 新電郵:														
Insurance International for a claim or investigat the identification docun such information and p The Company/Affiliated	d Company confirms that all eligible employees I ttd. to the Company/Affiliated Company. It is a tition or other service providers providing services ments of all its employees and dependent enrolle provided documentary proofs to the satisfaction o d Company declares that all eligible dependent ch 能認已知會所有合資格僱員及其家屬,關於	greed that the information relevant to insurance but dor to be enrolled wheth f YF Life Insurance Internation ildren enrolling under this	n provided may be transferred siness or any association or fec er under this form or otherwise tional Ltd. forthwith upon its re Policy are full time students.	to any related compan deration of insurance co e, it undertakes to keep equest.	y or any other compar empanies that exists or such information up to	ny carrying on ins is formed from to date and shall in	surance or reinsur time to time. The (nform YF Life Insur	ance related business or an inte Company/Affiliated Company ha: rance International Ltd. of any ch	rmediary s verified nanges to	Author Compa 負責人 Date 日期・	ized Signa ny Chop 簽署及公	ture & 司印章:				

* To be completed only for Employee changes 只適用於僱員資料更改

本公司/關聯公司聲明所有加入此保單的合資格家屬子女皆為全日制學生。

- ** To be completed only for Medical Policy 只供醫療保單填寫
- #Only applicable to a policy which has selected to use E-claims Advice service 只適用於已選用電子賠償通知書服務之保單

保業務的公司;或中間人作賠償及調査之用;或其他提供保險服務的提供者;或任何現存及將來成立的保險公司協會或聯會。本公司/關聯公司已核對所有僱員及其家屬之身份證明文件及住址,包括以此或其他表格 作出登記或將會登記,並保證會保存最新的資料及通知萬通保險國際有限公司有關那些資料之更新。本公司/關聯公司保證會在萬通保險國際有限公司的要求下,立刻向其提交與該更改有關及令其滿意的文件。

- ^1 Please provide both life & medical policy number if the enrolment is for both products 如需要同時加入人壽及醫療保險計劃,請填寫人壽及醫療保單號碼
- ^2 Please follow the classification defined in the policy provision 請根據保單上訂立之福利計劃級別填寫
- ^3 No need to fill in if the proposed insured is a HK permanent resident 如準受保人為香港永久居民,請不用填寫