HSBC 滙豐

Member Enrollment Form 會員參加申請表

僱主 Employer:	合同編號 Contract No:	日期 Date:

Please complete all information except those with (optional input) 請填寫所有資料，惟*之項目可選擇填寫或不填。*

全名 (請先填寫姓氏) # Full Name (Please enter Surname first)# Define on ID Card 參照香港身份証	婚姻狀況 Status M/S/D/W	性別 Sex M/F	出生日期 Birth Date (日/月/年) DD/MM/YY	保障類別 Benefit Class	身份 Role E/S/D	附上健康聲明 Health Declaration Attached	職員編號* Staff No.*	受僱日期 Date of Employment (日/月/年) DD/MM/YY	銀行名稱及銀行戶口號碼 Bank Name & Bank Account Number	生效日期 Effective Date (日/月/年) DD/MM/YY	備 註 Remarks
						( ) 有 Yes ( ) 無 No					
						( ) 有 Yes ( ) 無 No					
						( ) 有 Yes ( ) 無 No					
						( ) 有 Yes ( ) 無 No					
						( ) 有 Yes ( ) 無 No					
						( ) 有 Yes ( ) 無 No					
						( ) 有 Yes ( ) 無 No					
						( ) 有 Yes ( ) 無 No					
						( ) 有 Yes ( ) 無 No					
						( ) 有 Yes ( ) 無 No					
						( ) 有 Yes ( ) 無 No					
						( ) 有 Yes ( ) 無 No					
						( ) 有 Yes ( ) 無 No					
						( ) 有 Yes ( ) 無 No					

備註
Remarks:

性別 SEX — *M: 男 Male* *F: 女 Female*

婚姻狀況 STATUS — *M: 已婚 Married* *S: 單身 Single* *D: 離婚 Divorced* *W: 喪偶 Widowed*

身份 ROLE — *E: 僱員 Employee* *S: 配偶 Spouse* *D: 受供養子女 Dependant*

 # Please provide the name as recorded in your Bank account 請填寫銀行戶口記錄之姓名
** Optional input (if applicable) 可選擇填寫 (如適用)*

僱主指定簽署 (連公司印鑑)
Employer Authorised Signature (with company chop)

日期
Date

公司專用 For Official Use Only

資料輸入 Input　　日期 Date

HSBC Medical Insurance Limited
滙豐醫療保險有限公司
18/F, Tower 1, HSBC Centre, 1 Sham Mong Road, Kowloon, Hong Kong
香港九龍深旺道 1 號滙豐中心 1 座 18 樓

MGEN021/jul09(0803)B