Liberty International Insurance Ltd
利 寶 國 際 保 險 有 限 公 司

Member of Liberty Mutual Group

AMENDMENT OF DATA

保 單 持 有 者
Master Policyholder : _____

保 單 號 碼
Master Group Policy No. : _____

附 屬 公 司
Affiliated Company Name : _____

附 屬 保 單 號 碼
Sub-policy Number : _____

編 號 Certificate Number	計劃 Class / Plan No.	Please fill in the amended data only 請 填 寫 須 更 改 之 項 目								
		僱 員 或 家 屬 姓 名 Name of Employee / Dependent (Same as HKID / Passport) (Surname First)	性別 Sex	出生日期 Date of Birth (mm/dd/yy)	身份證/護照號碼 ID Card / Passport Number	僱用日期 Date of Employment (mm/dd/yy)	月薪/保額 Monthly Salary/ Sum Assured HK$	銀行名稱及戶口號碼 Name of Bank and A/C No. (For autopay only)	生效日期 Effective Date of Change (mm/dd/yy)	備 註 Remark

Note: Please use this form to correct, update or supplement any information relating to employee / dependent other than change in benefits.

保險公司專用 For Insurance Co. Use Only	
Date Received	Date of Adjustment

日 期
Date of Report : _____

公 司 名 稱
Company Name : _____

授 權 人 簽 署
Authorized Signature : _____