



**Liberty International Insurance Limited**  
Suites 2601-04 & 2607-16, 26/F  
1111 King's Road, Taikoo Shing  
Hong Kong  
Tel: (852) 2892 3888  
Fax: (852) 2577 9578  
libertyinternational.com/hk

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

Please complete this document with English Block. 請以英文正楷完成投保申請書。

Name of Policyholder: 保單持有人姓名	Policy No.: 保單號碼
----------------------------------	---------------------

Please complete your recent change of information as below:  
請於適當欄上填寫更改資料

<input type="checkbox"/> Address: 地址	Areas 區域:	
_____	<input type="checkbox"/> Hong Kong 香港 <input type="checkbox"/> Kowloon 九龍 <input type="checkbox"/> New Territories 新界	
<input type="checkbox"/> Home Tel. No.: 住宅電話	<input type="checkbox"/> Office Tel. No.: 辦公室電話	<input type="checkbox"/> Mobile No.: 手提電話
_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Email: 電郵	_____	
<input type="checkbox"/> Change of Occupation: 更改職業	<input type="checkbox"/> Name of Employer/Association 僱主/團體組織名稱	<input type="checkbox"/> New Occupation & Job Duties 新職業及工作性質
_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Country of Residence: 現居國家	_____	
<input type="checkbox"/> Change of Plan <sup>1</sup> : 更改保障計劃 <sup>1</sup>		
A. mediTop Plan <sup>2</sup> 利加保 <sup>2</sup>	Plan Level 計劃級別	
	<input type="checkbox"/> mediTop 利加保	<input type="checkbox"/> Super mediTop 超級利加保
	Room Level 病房級別	
	<input type="checkbox"/> Ward 大房	<input type="checkbox"/> Semi Private 半私家房 <input type="checkbox"/> Private 私家房
	Deductible 墊底費	
	<input type="checkbox"/> HK\$50,000 50,000 港元	<input type="checkbox"/> HK\$80,000 80,000 港元 <input type="checkbox"/> HK\$130,000 130,000 港元



<b>B. VHIS Flexi Plan<sup>2</sup></b> 自願醫保靈活計劃 <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <b>Classic</b> 基本計劃  Certification No. of Product 認可產品編號 F00047-01-000-01	<input type="checkbox"/> <b>Plus</b> 升級計劃  Certification No. of Product 認可產品編號 F00048-01-000-01	<input type="checkbox"/> <b>Premium</b> 尊尚計劃  Certification No. of Product 認可產品編號 F00046-01-000-01
	<input type="checkbox"/> <b>Classic with Supplementary Major Medical Benefit</b> 基本計劃+自選附加醫療保障  Certification No. of Product 認可產品編號 F00047-01-001-01	<input type="checkbox"/> <b>Plus with Supplementary Major Medical Benefit:</b> 升級計劃+自選附加醫療保障  Certification No. of Product 認可產品編號 F00048-01-001-01  Optional Benefit 自選保障 <input type="checkbox"/> <b>Outpatient Benefit<sup>3</sup></b> 門診保障 <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <b>Optional Benefit</b> 自選保障 <input type="checkbox"/> <b>Outpatient Benefit<sup>3</sup></b> 門診保障 <sup>3</sup>
<b>C. VHIS Standard Plan<sup>2</sup></b> 自願醫保標準計劃 <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <b>Standard 標準計劃</b> Certification No. of Product 認可產品編號 S00017-01-000-01		
<input type="checkbox"/> <b>Other (Please specify):</b> 其他 (請詳述)			

<sup>1</sup> 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

<sup>2</sup> Health Declaration is required 有關更改必須申報其健康狀況

<sup>3</sup> Outpatient Benefit does not form part of the VHIS certified plan. The premiums paid are not eligible for tax deduction. 門診保障不屬自願醫保認可產品的一部分。此部份所付的保費不可用作稅項扣減。



## Authorisation Statements 授權聲明

1. **Personal Information Collection Statement:** I/we have read and understand the Personal Information Collection Statement. I/we understand that I/we have the right to request Liberty to cease using my Personal Data for direct marketing purposes.

**個人資料收集聲明：**保單持有人及受保成員已細閱並明白**個人資料收集聲明**，亦明白有權要求利寶停止使用相關保單持有人及受保成員的所列的個人資料作直接市場推廣用途。

- Please TICK the box if you do not consent to receive any marketing communications. **(Important) Please be reminded that it may affect the communication of our renewal invitation, including e-renewal communication.**  
如申請人及受保成員不同意接受任何直銷的通訊，請標上✓號。**(重要) 請注意，這可能會影響我們續保邀請的傳達，包括電子續保通訊。**

2. **Go Digital and Communication Consent:** I/We understand that I/We may receive all communications and documentations in respect of my policy by electronic means and if I/We wish to receive copies in another manner, complaints, request changes to payment methods, or policy, I/We may contact Liberty at [Contact Us](#). (please note all calls will be recorded for quality assurance) I/We may also find complaints information through the [Insurance Authority](#).

**同意電子代服務及聯繫：**本人 / 吾等明白，本人 / 吾等可能會以電子方式獲取有關本人保單的所有通訊及文件；倘本人 / 吾等有意以其他方式獲取副本、作出投訴、要求更改付款方式或保單，本人 / 吾等可透過「[聯絡我們](#)」與利寶聯絡。(請注意，所有通話將會被錄音以確保服務質素)。本人 / 吾等亦可透過[保險業監管局](#)取得投訴資料。

\_\_\_\_\_  
Date  
日期

\_\_\_\_\_  
Signature of Policyholder  
保單持有人簽名

\_\_\_\_\_  
Date  
日期

\_\_\_\_\_  
Signature of Insured  
受保人簽名  
(If not Policyholder 如非保單持有人)

