



**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 - proMedico 個人醫療保險更改通知書 - proMedico

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	<input type="checkbox"/> 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>1,2</sup> : 更改保障計劃 <sup>1,2</sup>		
<b>Area of Coverage</b> 涵蓋地區		
<input type="checkbox"/> Area 1 – Worldwide 地區 1 – 全球	<input type="checkbox"/> Area 2 – Worldwide excluding USA 地區 2 – 全球 (美國除外)	<input type="checkbox"/> Area 3 – Asia 地區 3 – 亞洲
<b>Basic Coverage</b> 基本保障		
<input type="checkbox"/> Hospital Services 住院福利	<input type="checkbox"/> Plan A 計劃 A	<input type="checkbox"/> Plan B 計劃 B



<b>Optional Coverage</b> 附加保障	<b>Plan A 計劃 A</b>	<b>Plan B 計劃 B</b>	
Outpatient Services 門診治療	<input type="checkbox"/> Option 1: 選項 1 <input type="checkbox"/> Option 2: 選項 2	<input type="checkbox"/> Option 1: 選項 1 <input type="checkbox"/> Option 2: 選項 2	
Dental Care 牙齒護理保障 (must be taken in conjunction with Outpatient Services) (必須與門診福利同時投保)	<input type="checkbox"/> Dental Care 牙齒護理保障	<input type="checkbox"/> Dental Care 牙齒護理保障	
<b>Basic Coverage</b> 基本保障			
Hospital Services 住院福利	<input type="checkbox"/> Plan C 計劃 C	<input type="checkbox"/> Plan D 計劃 D	
Annual Deductible Options 每年墊底費選擇	<input type="checkbox"/> US\$0 無	<input type="checkbox"/> US\$5,000 5,000 美元	<input type="checkbox"/> US\$8,000 8,000 美元
<b>Optional Coverage</b> 附加保障	<b>Plan C 計劃 C</b>	<b>Plan D 計劃 D</b>	
Outpatient Services 門診治療	<input type="checkbox"/> Outpatient Services 門診治療	For Plan D, premium included Outpatient Service 計劃 D 保費已包含門診治療	
Dental Care 牙齒護理保障 (must be taken in conjunction with Outpatient Services) (必須與門診福利同時投保)	<input type="checkbox"/> Dental Care 牙齒護理保障	<input type="checkbox"/> Dental Care 牙齒護理保障	
Maternity Care 分娩保障	<input type="checkbox"/> Female Insured Member/Spouse 女性受保人/配偶	<input type="checkbox"/> Female Insured Member/Spouse 女性受保人/配偶	
<input type="checkbox"/> Other (Please specify): 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



## 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)

