

# Policy Information Update Form

## 保單資料更新表格

For CS use only	

**Important Notes 注意事項:**

1. Please put an "X" in the appropriate box(es) and complete in BLOCK CAPITALS. 請在適當的方格內加「X」，並用正楷書寫。
2. Your request is being processed within 10 working days. 閣下的申請於10個工作天內辦理。
3. Chubb Insurance Hong Kong Limited reserves the right to re-asses your policy. 安達保險香港有限公司保留重新核保該保單的權利。

**Policyholder Details 保單持有人資料**

Policyholder's Name 保單持有人姓名:

(Eng)

(中文)

HKID Card No. 香港身份證號碼:	Policy No. 保單號碼:	Contact Phone No. 聯絡電話號碼:
------------------------	------------------	---------------------------

**Information Update 資料更新**

**1. Correction of Personal Details 更正個人資料: Policyholder 保單持有人 Insured Person 受保人**

(a) Name 姓名:	From 由:	Change to 更正為:
(b) Gender 性別:	From 由: M 男 / F 女	Change to 更正為: M 男 / F 女
(c) Date of Birth 出生日期: DD日/MM月/YY年	From 由:	Change to 更正為:
(d) HKID Card No. 香港身份證號碼:	From 由:	Change to 更正為:

**2. Change of Correspondence Address / Contact Phone No. 更改通訊地址 / 聯絡電話號碼**

(a) New Residential Address 新通訊地址 (Eng 英文):	(b) New Email Address 新電郵地址:
(c) New Contact Phone No. 新聯絡電話號碼: Home 住宅:	Office 辦公室:
Mobile 手提電話:	Fax 傳真:

3. Change of Payment Method 更改繳付保費方式

I authorize Chubb Insurance Hong Kong Limited to initiate deductions from my account, or to debit my credit card account as specific below, for premium due 本人授權安達保險香港有限公司在本人的銀行戶口或信用卡戶口內直接轉賬繳付保費:

Autopay from Bank Account 銀行戶口自動轉賬:

Bank Name 銀行名稱	Bank No. 銀行編號	Branch No. 分行編號	Account No. 賬戶號碼

Autopay from Credit Card Account 信用卡戶口自動轉賬:

Bank Name 銀行名稱	New Nominated Card No. 新信用卡號碼	Expiry Date 到期日 MM月/YY年

4. Change of Beneficiary(ies) 更改受益人

I appoint the following person(s) as Beneficiary(ies) of the Policy 本人現委任以下人仕為上述保單受益人:

English Name 英文姓名	HKID Card No. 香港身份證號碼	Relationship with Policyholder 與保單持有人關係	Share Percentage 分配百分比
1.		<input type="checkbox"/> Spouse配偶 <input type="checkbox"/> Parent父母 <input type="checkbox"/> Child(ren)子女	
2.		<input type="checkbox"/> Spouse配偶 <input type="checkbox"/> Parent父母 <input type="checkbox"/> Child(ren)子女	
3.		<input type="checkbox"/> Spouse配偶 <input type="checkbox"/> Parent父母 <input type="checkbox"/> Child(ren)子女	
4.		<input type="checkbox"/> Spouse配偶 <input type="checkbox"/> Parent父母 <input type="checkbox"/> Child(ren)子女	
			100%

5. Change of Coverage Plan Level 更改保障計劃

Benefit Level 保障級別:

From 由 (HKD 港幣):

To 至 (HKD 港幣):

Insured Person's English Name 受保人英文姓名	HKID Card No. 香港身份證號碼	Date of Birth 出生日期 DD日/MM月/YY年	Sex 性別
1.			<input type="checkbox"/> M 男 / <input type="checkbox"/> F 女
2.			<input type="checkbox"/> M 男 / <input type="checkbox"/> F 女
3.			<input type="checkbox"/> M 男 / <input type="checkbox"/> F 女
4.			<input type="checkbox"/> M 男 / <input type="checkbox"/> F 女

6. Add Eligible Family Member(s) 增加合資格之家庭成員

English Name 英文姓名	HKID Card No. 香港身份證號碼	Date of Birth 出生日期 DD日/MM月/YY年	Relationship with Policyholder 與保單持有人關係	Sex 性別
1.			<input type="checkbox"/> Spouse配偶 <input type="checkbox"/> Parent父母 <input type="checkbox"/> Child(ren)子女	<input type="checkbox"/> M 男 / <input type="checkbox"/> F 女
2.			<input type="checkbox"/> Spouse配偶 <input type="checkbox"/> Parent父母 <input type="checkbox"/> Child(ren)子女	<input type="checkbox"/> M 男 / <input type="checkbox"/> F 女
3.			<input type="checkbox"/> Spouse配偶 <input type="checkbox"/> Parent父母 <input type="checkbox"/> Child(ren)子女	<input type="checkbox"/> M 男 / <input type="checkbox"/> F 女
4.			<input type="checkbox"/> Spouse配偶 <input type="checkbox"/> Parent父母 <input type="checkbox"/> Child(ren)子女	<input type="checkbox"/> M 男 / <input type="checkbox"/> F 女

7. Reinstatement application 申請保障復效 (Please specify date & reason under section 8 請註明日期及原因於項目8內)

8. Others 其他 (please specify 請註明):

### Declaration & Signature 聲明及簽署

I / We hereby give my/our consent and authorize that Chubb Insurance Hong Kong Limited (Chubb) may disclose, verify and/or exchange any information supplied to Chubb without further notification to me / us confidentially with its affiliated companies and/or other parties as detailed in the Chubb Personal Information Collection Statement for conserving my/our application(s) for any new insurance policies, administering policies taken out with Chubb, customer service and marketing and related activities, until Chubb review my/our written instruction to the contrary. Upon my / our written consent, Chubb shall, without charge, cease to use my / our personal information for purposes other than those directly related to my / our insurance policies. A copy of the Chubb Personal Information Collection Statement can be found at [www.chubb.com/hk](http://www.chubb.com/hk).

I / We understand that I / We may write to Chubb's Data Privacy Officer at 39/F, One Taikoo Place, Taikoo Place, 979 King's Road, Quarry Bay, Hong Kong for any request for access to and/or collection of any information supplied to Chubb, I / we also understand that Chubb may reserve the right to charge a reasonable fee to offset the administrative costs in complying with access requests.

本人 / 我們同意並授權安達保險香港有限公司(「安達」)在保密的情形下可能透露、核對及/或交換由本人 / 我們所提供予安達的資料,以使安達及安達之附屬公司及其他在收集個人資料聲明內所列的第三方,能夠處理本人 / 我們予安達的保險申請、相關保單之行政、客戶服務及市場推廣等有關的服務或活動而毋須先通知本人 / 我們,直至本人 / 我們作出書面指示為止。而當本人 / 我們作出此等指示後,安達應立即停止運用本人 / 我們之個人資料以用作直接有關與本人/我們所屬保單以外之一切用途。收集個人資料聲明的副本詳細載於網站[www.chubb.com/hk](http://www.chubb.com/hk)。

本人 / 我們明白本人/我們可以書面聯絡安達之資料保護主任 (香港鰂魚涌英皇道979號太古坊太古坊一座39樓) 翻查及/或更改本人 / 我們所提供予安達的資料。本人 / 我們並明白安達於處理有關查詢要求時,可保留收取合理費用以彌補有關的行政開支。

Signature of Policyholder 保單持有人簽署:

Name of Policyholder 保單持有人姓名 (in BLOCK CAPITALS 請以正楷書寫):

Date Signed 簽署日期:

DD 日 / MM 月 / YY 年

Chubb. Insured.<sup>TM</sup>