



SUN FLOWER INSURANCE BROKERS LTD.

Room 1105-08, 11/F., Hing Yip Commercial Centre, 272-284 Des Voeux Road Central, Hong Kong

Tel: 25211881 Fax: 25211919

www.sunflowerVIP.com www.sunflowerMPF.com

新華保險顧問有限公司

香港德輔道中 272-284 號興業商業中心 11 樓 05-08 室

電話: 25211881 傳真: 25211919

License No. FB1387

POLICY AMENDMENT APPLICATION FORM 保單更改申請表

Only applicable to Home Insurance and Domestic Helper 只適用於家居保險及家傭保險

Please complete the following information and email to vip@sunflowergroup.com.hk or fax to 25211919.

請填寫以下資料及電郵至 vip@sunflowergroup.com.hk 或傳真至 25211919.

GENERAL DETAILS 一般資料 *Mandatory 必須填寫

Policy No. 保單號碼		Insured Name 投保人姓名 Name of Employer 僱主姓名	
Contact No. 聯絡電話		Fax No. 傳真號碼	
Email 電郵		Effective Date of Required Amendment 更改項目生效日期	

☐ CHANGE OF CONTACT INFORMATION 更改聯絡資料

Mobile 手提電話		Home Tel 住宅電話		Office Tel 辦公電話	
Fax No. 傳真號碼		Email 電郵			

☐ CHANGE OF ADDRESS 更改地址

Applicable to 適用於 <input type="checkbox"/> Correspondence Address 通訊地址 <input type="checkbox"/> Situation of Risks / Insured Premises 受保地址 <input type="checkbox"/> Place of Employment 工作地點							
Flat/Room 室		Floor 樓		Block 座		Building 大廈	
Estate 屋苑				Street/Road 街道			
District 地區				<input type="checkbox"/> HK 香港 <input type="checkbox"/> KLN 九龍 <input type="checkbox"/> NT 新界			
Gross/Saleable Floor Area 建築/實用面積				(sq.ft. 平方呎)			

☐ CHANGE OF DOMESTIC HELPER 更改家傭

Name 姓名		HKID No. 香港身分證號碼 Passport No. 護照號碼	
Date of Birth 出生日期		Monthly Salary 月薪	
Duty 工作性質	<input type="checkbox"/> Domestic Works 一般家務 <input type="checkbox"/> Gardener 園丁 <input type="checkbox"/> Driving Duties 駕駛職務 <input type="checkbox"/> Others (Please specify) 其他 (請註明) _____		
Amend Insurance Plan 更改所選保障計劃 #	Change to 更改為 <input type="checkbox"/> Plan I 計劃一 <input type="checkbox"/> Plan II 計劃二 <input type="checkbox"/> Plan III 計劃三		
(If insured with Plan II or III, please complete the following about the health condition of new domestic helper 如投保計劃二或計劃三，請填寫有關您家傭的健康狀況)			
1. Is he/she receiving or contemplating any medical attention or surgical treatment or taking any medicine? 他/她是否正在接受或打算接受任何醫療護理或手術或服食任何藥物?			<input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No 否
2. Has he/she ever been rejected or subject to special terms and conditions when applying for accident or medical insurance? 他/她曾否被拒投保意外或醫療保險，或需附加特別項目或條件才受保?			<input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No 否
# 15-day waiting period is applicable under Surgical & Hospitalisation Expenses, Out-patient Benefits and Dental Expenses. 外科手術、住院費用、門診保障及牙科費用等候期為 15 日			
If any of the above answer is "Yes", please give details. 如以上任何一項答案為“是”，請詳細說明。			
*Please enclose domestic helpers' passport copy with the passport signature specimen. 請附上家傭護照副本及簽署式樣。			

CONTINUED 續>



SUN FLOWER INSURANCE BROKERS LTD.

Room 1105-08, 11/F., Hing Yip Commercial Centre, 272-284 Des Voeux Road Central, Hong Kong

Tel: 25211881 Fax: 25211919

www.sunflowerVIP.com www.sunflowerMPF.com

新華保險顧問有限公司

香港德輔道中 272-284 號興業商業中心 11 樓 05-08 室

電話: 25211881 傳真: 25211919

License No. FB1387

☐ CHANGE PERIOD OF INSURANCE 更改保單保障日期

Effective Date 生效日期	DD (日)	MM (月)	YYYY (年)	Expiry Date 到期日	DD (日)	MM (月)	YYYY (年)
---------------------	--------	--------	----------	-----------------	--------	--------	----------

☐ CHANGE OF MORTGAGEE / HIRE PURCHASE OWNER 更改按揭銀行 / 分期付款機構

Name 名稱	
---------	--

☐ TERMINATION OF POLICY 終止保單

Note: Subject to Policy Cancellation Clause and Policy Minimum Premium and Short Period Rate for premium refund 註：以保單終止條款為依據及保費退款將以保單最低付款額和短期率計算

☐ OTHERS 其他 (Please specify below 請註明) Please attach additional paper if necessary 如有需要請另加紙張

--

SIGNATURE OF POLICYHOLDER 保單持有人簽署

日期

--	--

Any amendment on the policy will not be automatically accepted by Insurance Company. In case that the Insurer accepts the amendment, respective endorsement will then be issued. 任何保單上更改項目，需由保險公司個別審核評保。如保險公司接受有關更改將會以批單形式通知投保人。