



# Blue Cross 藍十字

Member of BEA Group 東亞銀行集團成員

29/F, BEA Tower, Millennium City 5, 418 Kwun Tong Road,  
Kwun Tong, Kowloon, Hong Kong  
香港九龍觀塘道418號創紀之城 5期東亞銀行中心29樓  
Tel 電話: 3608 2888 Fax 傳真: 3608 2938  
www.bluecross.com.hk

## Group Medical /Dental Insurance Enrollment Form

### 團體醫療/護齒保險參加表格

Please use separate forms for different policy numbers and return to us 30 days prior to the effective date of such insured. 如屬不同保單號碼，請分開另表填寫，及在此受保人生效日期前三十天內交回本公司。

Sheet \_\_\_\_\_ of \_\_\_\_\_ Sheets  
總頁數 \_\_\_\_\_ 頁第 \_\_\_\_\_ 頁

(This Form is to be read and construed in conjunction with the main application form 此表格應依循保單之申請細則一併闡釋)

Please print in **BLOCK LETTERS**. 請以英文正楷填寫

Employer Name 僱主名稱				Group Dental Policy No. 團體護齒保單號碼				Group Medical Policy No. 團體醫療保單號碼									
Employee/Dependant Name (as on bank account) 僱員/家屬姓名(以銀行戶口姓名為準)		Occupation 職業	Sex 性別 F/M	Marital Status 婚姻狀況 S/M/D	Date of Birth (dd/mm/yy) 出生日期 (日/月/年)	HKID No./ Passport No. 香港身分證號碼/ 護照號碼	Effective Date (dd/mm/yy) 生效日期 (日/月/年)	Benefits to be included (Please Specify Benefit Level) 保障類別(請註明保障計劃)				Insured No. <sup>3</sup> 受保人號碼	Relationship <sup>4</sup> 與受保人之 關係 E/S/C	Bank Name and Account No. <sup>5</sup> 銀行名稱及戶口號碼			
Surname 姓氏	Given Name 名字							In-patient 住院	Out-patient 門診	Others (MM/Mat/SOS) 其他	Dental 牙醫保障			Bank Name 銀行名稱	Bank Code (3 digits) 銀行號碼 (三位數字)	Branch Code (3 digits) 分行號碼 (三位數字)	Account Code(9 digits) 戶口號碼(九位數字)
													E-mail Address <sup>7</sup> 電郵地址				
													E-mail Address <sup>7</sup> 電郵地址				
													E-mail Address <sup>7</sup> 電郵地址				
													E-mail Address <sup>7</sup> 電郵地址				
													E-mail Address <sup>7</sup> 電郵地址				

**Note:** 註:

1. Marital Status: S - Single 未婚 M - Married 已婚 D - Divorced 離婚  
婚姻狀況

2. Other Medical Benefits: MM- Major Medical Benefits 額外醫療保障 Mat- Maternity Benefit 懷孕分娩保障 SOS- SOS Service SOS支援服務  
其他醫療保障

3. Please specify Insured No. when adding a new dependant of an existing Employee. 在新加入現有僱員供養之直系親屬時，請註明受保人號碼。

4. Relationship: E - Employee 僱員 S - Spouse 配偶 C - Child<sup>6</sup> 子女  
與受保人之關係

5. The autopay account no. of employee shall apply to his/her dependants. 僱員之自動轉賬號碼，須適用於其家屬。 Maximum of 15 digits account no. is acceptable. 只接受十五位數字或以下之戶口。

6. Please provide a copy of full-time student card as evidence for child who is of age 19 to 23. 十九至二十三歲之子女請提供全日制學生證的副本以作證明。

7. Maximum of 40 characters is acceptable 接受四十位或以下字母

Name of Signatory & Title 簽署人姓名及職位	Authorized Signature with Company Chop 簽署及公司印鑑	Date (dd/mm/yy) 日期(日/月/年)
---------------------------------------	---	------------------------------