

EMPLOYEE CHANGE OF INFORMATION FORM 僱員更改資料表格

Scheme No.

計劃編號

Scheme Name

計劃名稱

Sponsor (Employer)

參與法人(僱主)

MEMBER (EMPLOYEE) 參與人(僱員)

Employee Name 僱員姓名: _____

Staff Code 職員編號: _____ ID No. 身份證明文件編號: _____

CHANGE OF INFORMATION 更改資料

Address 地址: _____

Contact Phone No. 聯絡電話號碼: _____

Beneficiary(ies) in case of Death 身故時受益人 :

選項 Options : <input type="checkbox"/> 法定繼承人 Legal Heirs 或 or <input type="checkbox"/> 詳列如下 As Listed Below					
受益人姓名 Name of Beneficiary	性別 Gender	證件類別及號碼 ID Type and No.	出生日期 Date of Birth	關係 Relationship	分配百分比 Benefit %
	<input type="checkbox"/> 男 M <input type="checkbox"/> 女 F		年月日 YYYY-MM-DD		%
	<input type="checkbox"/> 男 M <input type="checkbox"/> 女 F		年月日 YYYY-MM-DD		%
	<input type="checkbox"/> 男 M <input type="checkbox"/> 女 F		年月日 YYYY-MM-DD		%

Remarks 注意: A change of beneficiary can be made at any time and does not require to inform nor to obtain consent of previous beneficiary(ies). 參與人可隨時及在不通知或得到前受益人同意的情況下而更改受益人。

Other Change 其他資料: _____

DECLARATION 聲明

I understand that my request for change of information will take effect only after receipt of this form by Macau Pension Fund Management Company Limited. 本人明白要求更改的資料在澳門退休基金管理股份有限公司收回此表格後方可生效。

Member's Signature 參與人簽署

(Please sign according to signature specimen in your ID)

(請按身份證明文件簽名式樣簽署)

Date 日期 (yyyy-mm-dd 年-月-日)

Internal Use Only

Staff seq no.in plan :

Remarks :

Prepared :

Checked :