

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

PENSION PLAN 退休金計劃 : _____

SPONSOR (EMPLOYER) 參與法人(僱主) : _____

MEMBER (EMPLOYEE) 參與人(僱員)

Name 姓名 : _____

Staff Code 職員編號 : _____ BIR(P) No. 身份證號碼 : _____

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 :

Name of Beneficiary 受益人姓名	Relationship 關係	Date of Birth 出生日期	Gender 性別	ID Type and No. 證件類別及號碼	Benefit % 利益金額分配 之百分比
		____/____/____ DD日 MM月 YYYY年	<input type="checkbox"/> M 男 <input type="checkbox"/> F 女		%
		____/____/____ DD日 MM月 YYYY年	<input type="checkbox"/> M 男 <input type="checkbox"/> F 女		%
		____/____/____ DD日 MM月 YYYY年	<input type="checkbox"/> M 男 <input type="checkbox"/> F 女		%

Remarks: A change of beneficiary can be made at any time and does not require to inform nor to obtain consent of previous beneficiary(ies).

注意: 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**

_____/_____/_____
Date 日期 (dd/mm/yyyy 日/月/年)

** Signature must correspond with Identification Document.
簽名須與身份證明文件相符。