



HSBCOTH

To : Medical Superintendent
致：醫務總監

Policy No.: _____
保單號碼

Medical Report Authorization Form 健康報告授權書

I, _____, Identity Card No. _____, do hereby
本人 (Name 姓名) 身分證號碼 在此

authorize _____ to release a medical report on me/my relative:
授權 (Name of Hospital 醫院名稱) 提供本人或本人親屬

_____, AED/Hospital No. _____
(Name 姓名) 急症室/住院紀錄編號

to HSBC Life (International) Limited
滙豐人壽保險(國際)有限公司

Signed: _____
簽署

Contact Tel. No. _____
聯絡電話號碼

Date: _____
日期

(Please return with HKID Card & Patient Card Copy)
(請連同身分證及覆診咭影印本一併寄回)

HSBC Life (International) Limited
滙豐人壽保險(國際)有限公司

Incorporated in Bermuda with limited liability 於百慕達註冊成立之有限公司
Hong Kong SAR Office : 18/F, Tower 1, HSBC Centre, 1 Sham Mong Road, Kowloon, Hong Kong
香港特別行政區地址：香港九龍深旺道1號滙豐中心1座18樓