This is a fillable form. You can fill it in and print it for signature. Print Reset Save

Manulife 宏利

Please stick on a Sub-Scheme Number label (if applicable)
請貼上附屬計劃編號標籤 (如適用)

Change of Payroll Period / Payroll Frequency
更新支薪期/支薪期次數

Sub-Scheme No. :
附屬計劃編號 _____ — _____

Effective date of change * :
生效日期 * _____ / _____ / _____
dd 日 / mm 月 / yyyy 年

* One month prior notice is required, pay period for which contribution have already allocated cannot be changed.
* 有關更改需於一個月前通知，若供款已作投資，則不可更改該段支薪期。

Employer (Company) Name :
僱主（公司）名稱 _____

Please ✔ where appropriate and complete in *BLOCK LETTERS*.
請在適當的地方加上 ✔ 號，並以正楷填寫。

For Office Use Only:
TX080

☐ Monthly
每月

Payroll Period 每次支薪所包括之工作日期 :
From 自第 _____ 日 To 至 第 _____ 日

☐ Twice a month
每月兩次

1st 第一期 : From 自第 _____ 日 To 至 第 _____ 日

2nd 第二期 : From 自第 _____ 日 To 至 第 _____ 日

☐ Every two weeks
每兩星期

Starting day 支薪期首日 :
☐ Mon 星期一 ☐ Tue 星期二 ☐ Wed 星期三 ☐ Thur 星期四 ☐ Fri 星期五 ☐ Sat 星期六 ☐ Sun 星期日

The Next Pay Period Start Date
下次支薪期由 _____ / _____ / _____ dd 日 / mm 月 / yyyy 年 to 至 _____ / _____ / _____ dd 日 / mm 月 / yyyy 年

☐ Weekly
每星期

Starting day 支薪期首日 :
☐ Mon 星期一 ☐ Tue 星期二 ☐ Wed 星期三 ☐ Thur 星期四 ☐ Fri 星期五 ☐ Sat 星期六 ☐ Sun 星期日

☐ Others (Please call our Customer Service Hotline 2108 1234 for arrangement)
其他（請致電客戶服務熱線 2108 1234 以作安排）

_____
Authorized Signature and Company Chop
獲授權人士簽署及公司印章

_____
Name & Title (in Block Letters)
姓名及職銜（正楷）

_____
Date
日期

Completed form should be sent to the scheme administrator,
"Provident Funds Services, Manulife (International) Limited, 21/F., Tower A, Manulife Financial Centre, 223 - 231 Wai Yip Street, Kwun Tong, Kowloon, Hong Kong".
請將填妥的表格寄交計劃管理人「香港九龍觀塘偉業街223 - 231號宏利金融中心A座21樓宏利人壽保險（國際）有限公司公積金服務部」。

Manulife (International) Limited *(Incorporated in Bermuda with limited liability)*
宏利人壽保險（國際）有限公司*（於百慕達註冊成立之有限責任公司）*

ISO 9001
Certified to Manulife Employee Benefits