聯豐亨保險有限公司
Luen Fung Hang Insurance Company Limited

意見書 Submissions

歡迎閣下透過本意見書(在適當空格加上✓號)對本公司的服務和運作提出投訴、建議或諮詢。
Please use this form (✓where appropriate) to make a formal complaint, suggestion or information request to us.

姓名: Full name:			性別: ☐ 男 Male ☐ 女 Female Sex:
若代表機構提出投訴、建議或諮詢，請填寫以下資料。 If acting on behalf of an organisation, please complete details below. 機構名稱: Name of Organisation: _____ 機構負責人姓名: Full name of Head of Organisation: _____			
關係: ☐ 保單持有人 Policyholder ☐ 被保險人 Insured ☐ 受益人 Beneficiary ☐ 第三者 Third party ☐ 其他 Others Relationship:			
地址: Address:			
電話: Telephone:	流動電話: Mobile:	傳真: Fax:	電郵: E-mail:
選擇接收回覆的途徑: ☐ 傳真 Fax ☐ 信件 Letter ☐ 電郵 E-mail Preferred response media:			
性質: ☐ 投訴 Complaint ☐ 建議 Suggestion ☐ 諮詢 Information request Nature:			
事件日期: Date of incident:		提交日期: Submission date:	
有關: 姓名 Name 部門 Department To whom:			
內容 (請附有關文件。若書寫空間不足，可另附信紙) Content (Please provide supporting documents if available and use a separate sheet if the space provided is insufficient)			
本人/本機構_____聲明上述資料完整及正確無訛。 Within my personal belief and knowledge, I/We _____ full name, hereby declare that the facts herein contained are true and correct. 簽署 Signature _____ 機構蓋章 Organisation Stamp _____			

其他聯絡途徑 **Other contact media available**

親臨 In person 澳門新口岸宋玉生廣場 398 號 中航大廈四樓 No.398 Alameda Dr. Carlos D'Assumpcao Edifício CNAC, 4º andar, Macau	**信件 Letter** 人力資源部 Human Resources Department	**網頁 Website** www.luenfunghang.com
電話 Telephone (853) 28700 033	**傳真 Fax** (853) 28700 088	**電郵 E-mail** info@luenfunghang.com

致：人力資源部

聯豐亨保險有限公司

澳門新口岸宋玉生廣場 398 號

中航大廈四樓

（意 見 書）

Human Resources Department

Luen Fung Hang Insurance Company Limited

No.398 Alameda Dr. Carlos D'Assumpcao

Edificio CNAC, 4º andar, Macau

(Submissions)