

降低保额/月付年金	降低(年付)保险费	取消附加合同	合同名称 若合同有付费期限的选择 请注明付费期限	变更后 (基本)保险金额/ 份数/年金金额 若取消附加合同此 项不需要填写	降低保额/月付年金	降低(年付)保险费	取消附加合同	合同名称 若合同有付费期限的选择 请注明付费期限	变更后 (基本)保险金额/ 份数/年金金额 若取消附加合同此 项不需要填写
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	01		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	07	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	02		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	08	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	03		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	09	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	04		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	05		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	06		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12	

减少(次)被保险人 请填写被减少的(次)被保险人姓名:

其他(请详述)

申请人可通过本公司官网 (<https://www.aia.com.cn>), 我的专区“网上客户服务中心”查询业务。也可以通过以下方式随时体验便捷的自助服务:

★关注官方微信公众号“友邦保险”



★下载客户应用端“友邦友享”



投保人申请项目:

- 投保人联系资料变更(含通讯地址、投保人联系电话、投保人住所)
- 更正投保人资料(含性别、证件类型、证件号码、出生日期、证件有效期、证件类型、证件号码、国籍、职业)
- 个人税收居民身份声明
- 保险合同补发/申请电子合同
- 保险费自动转账付款授权/终止保险费自动转账付款授权
- 保险款项自动转账投保人取款授权/终止保险款项自动转账投保人取款授权
- 借款还款
- 续期保险费支付
- 投资连结保险账户转换、追加保险费、变更缴费分配比例
- 万能保险/投资连结保险个人账户价值领取

更多项目敬请期待

被保险人申请项目:

- 被保险人联系资料变更(被保险人联系电话、被保险人住所)
- 更正被保险人资料(含性别、证件类型、证件号码、出生日期、证件有效期、证件类型、证件号码、国籍、职业)
- 个人税收居民身份声明
- 保险款项自动转账被保险人取款授权/终止保险款项自动转账被保险人取款授权

投保人与被保险人共同申请项目:

- 借款
- 变更身故保险金受益人

客户申请变更声明与授权: 本人申请勾选以上变更事项, 并认同本申请书上与所申请事项相关的内容, 同时知晓所申请的变更事项须经签发保单机构(以下简称贵公司)同意批准生效后, 其生效日以贵公司批注文件所载的批准变更生效日为准。本保险合同内容变更申请书与本申请有关之各份问卷及文件, 对贵公司之各项声明、陈述完全确实无误, 并成为贵公司缮发保险合同或保险合同批注之依据。如上述资料不属实并影响贵公司决定是否承保, 除法律另有规定外, 则任何根据此申请书所缮发之保险合同或保险合同批注无效。本人授权贵公司从任何内、外科医生、医院、诊所、保险公司或任何组织单位, 就有关保险事宜, 查询、拷贝有关投保人、被保险人及受益人的资料或索取其它有关证明文件。

- 个人资料变更_被保险人/投保人/新投保人声明:** 除在申请书填写的国籍信息外, 本人/我们声明, 本人/我们并不拥有美国的国籍、永久居留权、绿卡、居留权等使得本人/我们对美国有纳税义务。(如您开始拥有美国的国籍、永久居留权(绿卡)、居留权等使得您对美国有纳税义务, 请于相关身份信息更改日起 30 天内通知我司。如已告知您对美国有纳税义务, 则本条不适用)
(去除美国特征时请勾选) 除在申请书填写的个人信息外, 本人/我们声明并不拥有联系电话、地址等具有美国特征的其他信息。(如已告知您具有美国特征, 则本条不适用)
- 个人资料变更_签名变更_申请人声明:** 所申请保险合同项下的一切陈述和声明均为本人真实意思的表示且内容确实无误。并承认有关贵公司缮发的该保险合同、该保险合同批注及以往涉及该保险合同的一切签署亦为本人真实意思的表示, 本人愿意承担由此引发的一切责任。本人已阅读并理解保险合同内容、包括但不限于保险责任和责任免除等, 知晓本人的权利和义务。今后凡与所申请保险合同有关的一切签名, 均按此次提供的新签名样本为准。如因上述变更签名事项引起任何纠纷包括诉讼及由此引起的一切责任和费用, 概由本人负责解决和承担, 与贵公司无涉。
- 降低保额/月付年金/(年付)保险费_投保人声明:** 本人知晓并同意: 1) 降低保额/月付年金/(年付)保险费后, 申请的降低的部分按投保人解除合同处理。申请降低的部分不可恢复。**犹豫期后的申请, 本人承诺愿意承担解除保险合同所导致的利益损失。** 2) 本项变更经贵公司批准自批准变更生效日起生效, **合同约定的保险费/基本保险金额、有效保险金额(若有)、保险责任、应付及已付保险费等均以后金额为基础重新计算。**
- 取消附加合同_投保人声明:** 本人知晓并同意取消附加合同后, 申请的保险项目按投保人解除合同处理。公司根据保险合同之约定, 所负之保险责任亦随之终止, 投保人/被保险人亦不再享有相应的保障和利益, 且取消的保险项目不可恢复。**犹豫期后的申请, 本人承诺愿意承担解除保险合同所导致的利益损失。**
- 投保身份转换/费用补偿型医疗保险合同转换_投保人声明:** 本人知晓并同意投保身份转换/费用补偿型医疗保险合同转换必须在医疗险保险产品重投保后新的保险期间的付费期内申请, 本项变更在支付所需的变更费用后, 经贵公司批准自批准变更生效日起生效。新的保险期间按变更后投保身份承保。

贵公司须遵守或同意遵守相关法律、法规、监管规定或其他要求(以下简称“报告要求”)。因此, 本人/我们同意并授权贵公司基于上述报告要求将本人/我们的个人信息或资料(包括但不限于投保单签署之前提供的以及本人接受贵公司各项服务时所产生的与保险合同事宜有关的信息或资料)提供及披露予任何政府部门、监管机构和/或第三方。同时, 本人/我们同意贵公司持有、使用本人/我们所提供的个人信息或资料, 并授权贵公司在所适用的法律允许的情况下, 将该个人信息或资料提供及披露予与贵公司有关联的个人或组织或任何被选择的境内外第三方, 用以处理保险申请、提供客户服务及推荐产品和服务、处理核保、理赔、调查等相关保险业务活动或用于公益目的等。本人/我们理解该个人信息或资料包括 i) 投保人、被保险人、及受益人(以下简称“相关方”)的个人信息或资料; ii) 保单的相关信息; 及 iii) 相关方所持有的其他保单的相关信息。有关前述信息或资料之提供及披露, 可能包含境外之提供及披露。本人/我们理解, 若本人/我们不同意贵公司提供及披露前述之信息或资料, 则贵公司不会向本人/我们销售任何保险产品或提供任何服务。

签名前请仔细阅读所附变更声明事项及填写须知。

申请人	投保人签名	被保险人/监护人签名	_____年____月____日 签署日期	见证人	见证人声明: 本人证明已核实了申请人的有效身份证件或者其他身份证明文件, 确认申请人的身份。
					<input type="checkbox"/> 保险营销员/销售人员(编号: _____) <input type="checkbox"/> 银保经办人/银行销售人员 <input type="checkbox"/> 客服 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 见证人签名