友邦团体保险合同变更申请书

收件日期盖章

投保人填写

投保人名称		保险合同编号	

A. 投保人资料变更申请（请勾选项目后，并填写相应内容）

☐ 名称变更	投保人原名称：		
	变更后投保人名称：		
	变更原因说明，并请提供相关证明文件：		
☐ 联系方式变更	新通讯地址：　　省/直辖市　　市　　区/县		邮编：
	联系人：	联系电话/手机：	联系邮箱：
	联系人身份证件号码：		
	联系人证件类型：	联系人证件到期日：	
☐ 授权银行账号变更	授权银行名称：　　银行　　支行/分理处		
	授权银行账号：		
	（授权银行帐号为保险费支付账户，亦供溢缴保费及调整保费退费之用）		
☐ 公章及经办人签署变更，需提供：1）证明文件；2）原公章/经办人签署；3）变更后公章/经办人签署			

B. 保险合同（请勾选项目，若无此项变更内容，请注明“无”）

☐ 保险合同补发，原保险合同自补发之日起作废；

C. 投保人增值税发票信息（若“开票对象”为“分支机构”，请填写 D 项“分支机构增值税发票信息”。）

开票对象	投保人		
*纳税人类型	☐ 增值税一般纳税人　☐ 增值税小规模纳税人　☐ 非增值税纳税人		
*发票类型	☐ 增值税专用发票　☐ 增值税普通发票 （只有增值税一般纳税人可选择开具增值税专用发票）		
*纳税人识别号 （国税税务登记号）			
开户银行名称：		开户银行账号：	
税务登记电话		税务登记地址	

纳税人识别号：已完成“三证合一”，请填写统一社会信用代码（18 位）；否则请填写国税税务登记号（15 位）。以上开户银行、开户银行账号、公司电话、公司地址均指税局备案信息。选择开具增值税普通发票的客户可以选择不提供开户银行、开户银行账号、公司电话及公司地址等信息。

根据增值税发票管理要求，若本投保人退费时，应配合贵公司返还增值税发票原件及开具增值税红字发票等相关工作。

D. 分支机构增值税发票信息

开票对象	分支机构名称：		
*纳税人类型	☐ 增值税一般纳税人 ☐ 增值税小规模纳税人 ☐ 非增值税纳税人		
*发票类型	☐ 增值税专用发票 ☐ 增值税普通发票 （只有增值税一般纳税人可选择开具增值税专用发票）		
*纳税人识别号 （国税税务登记号）			
开户银行名称：		开户银行账号：	
税务登记电话		税务登记地址	

开票对象	分支机构名称：		
*纳税人类型	☐ 增值税一般纳税人 ☐ 增值税小规模纳税人 ☐ 非增值税纳税人		
*发票类型	☐ 增值税专用发票 ☐ 增值税普通发票 （只有增值税一般纳税人可选择开具增值税专用发票）		
*纳税人识别号 （国税税务登记号）			
开户银行名称：		开户银行账号：	
税务登记电话		税务登记地址	

纳税人识别号：已完成“三证合一”，请填写统一社会信用代码（18 位）；否则请填写国税税务登记号（15 位）。以上开户银行、开户银行账号、公司电话、公司地址均指税局备案信息。选择开具增值税普通发票的客户可以选择不提供开户银行、开户银行账号、公司电话及公司地址等信息。

根据增值税发票管理要求，若本分支机构退费时，应配合贵公司返还增值税发票原件及开具增值税红字发票等相关工作。

E. 新增团体保险产品申请（币值单位：人民币元。若无此项变更内容，请注明“无”）

注意事项：1. 如需续保且续保产品发生变更，无需填写本申请书，请填写相应业务的《续保申请书》。
2、在保险期间内，保险产品变更申请需经过本保险公司审核同意，并以本保险公司审核同意的内容为准。

保险产品名称	计划一：		计划二：		计划三：	
	被保险人职务/职位描述及分类		被保险人职务/职位描述及分类		被保险人职务/职位描述及分类	
	_____人		_____人		_____人	
	基本保额	免赔额/ 赔付比例	基本保额	免赔额/ 赔付比例	基本保额	免赔额/ 赔付比例

F. 终止团体保险产品申请（请勾选项目后，并填写相关内容。若无此项变更内容，请注明“无”）

☐ 终止保险合同，原因_____。终止日：_____

☐ 终止保险合同项下部分保险产品，请见下述各项详细说明。

保险产品名称	保险计划	终止原因	申请终止日期

G. 投保人服务项目变更申请

*投保人网上查询及业务办理功能：☐ 开通 ☐ 取消

（投保人同意下述授权用户申请账号，该授权用户将可完整查询被保险人个人基本资料，保险利益等其他相关信息，并可在友邦的服务网站上提交相关业务申请。所有经授权用户工作邮箱发送的申请、信息、资料及确认等内容均视同投保人提供。因下述授权发生的任何损失、错误及过失均由投保人承担。）

若勾选“开通”，请填写授权用户清单，登陆网站的帐号和密码将在保险合同生效后发送到授权用户的工作邮箱。

授权用户工作邮箱	若多个分支机构投保，是否授权办理全部分支机构相关业务
	☐是 ☐否，只授权_____
	☐是 ☐否，只授权_____

*被保险人理赔相关服务功能：

1．理赔申请线上提交服务功能：☐ 开通 ☐ 取消

（仅针对含境内门急诊保险责任的医疗险产品且申请理赔金额小于 1000 元人民币的团险理赔申请；该服务功能适用的保险产品、理赔申请类型、金额限定等其他规则及具体要求以本保险公司届时的规定为准）

2．理赔结果通知服务功能：

理赔短信通知：☐ 开通 ☐ 取消

理赔邮件通知：☐ 开通 ☐ 取消

（邮件地址与手机号码请在《友邦团体保险被保险人清单》中详细填写）

若投保人同意开通/取消以上服务功能，则投保人应获得所有被保险人就开通/取消上述服务功能的明确授权，并确保授权合法有效。

H. 其他变更项目（请详述，并请提供相关证明文件。填写完毕后需在空白部分注明“以下空白”。若无此项内容，请注明“无”。）

投保人声明与授权

1. 本申请书和有关问卷及文件均为完整并确实无误，并成为贵公司缮发保险合同及批注的依据。本投保人若未履行如实告知义务，除法律另有规定外，则任何依据上述资料所缮发的保险合同及批注均属无效。
2. 本申请书构成原投保单的组成部分。
3. 本投保人同意本申请书以贵公司审核同意的内容为准且实际生效日以贵公司审核同意的日期为准。
4. 本投保人确认本投保人在填写本申请书时，已就新增或终止的团体保险产品的保险责任、责任免除、（疾病）等待期、免赔额、赔付比例、保险金申请、解除合同等所有情况向所有被保险人作了明确说明，且本投保人及所有被保险人对上述新增或终止的保险产品、保险合同条款等所有保险内容已完全了解，同意接受其约束。
5. 如发生保险合同的任何变更或退保时，本投保人应告知各被保险人并使其知悉该保险合同的任何变更或退保事宜。
6. 本投保人知晓中国相关法律法规对退保金支付的规定，所提供的退费转账的账户真实无讹，亦是原保险费缴费帐户。

经办人签署及投保人公章	见证保险营销员/保险经纪公司/保险代理公司签署	签署地/签署日期

团险销售人员填写：

业务渠道	☐ 营销员	☐ 中介	☐ 直销	☐ 其他
营 销 员	姓名：	编号：	营销服务部/组别：	联系电话：
递交资料				
特别说明				