保险合同内容变更申请书

友邦保险

收件盖章

保险合同编号：　　签发保单公司　　申请日期：　　年　　月　　日

申请书填写须知：1)请使用黑色、蓝色钢笔或签字笔在本次申请变更的变更项目前打“√”，使用正楷清晰、完整的填写您所申请的变更内容。申请内容不得涂改。2)变更项目前带有★号的，请同时提供《最新个人资料通知书》。3)为维护您的权益，请勿在未经您填写的申请书上签名。签名前请再次核对新填写的内容。所有保险责任以合同所载为准，除由本公司经正式程序修改或批注之内容外，其他任何人的口头及书面陈述、报告或合约，本公司无需负责。4)申请人签名须为客户本人亲笔签名，并于原留存于本公司的签名样本一致。未成年被保险人须由其法定监护人代为签署。5)在填写客户资料时，涉及以下内容的请使用相应的**数字代码**表示。

证件类型：1-**身份证** 2-**军官证** 3-**护照** 4-**港澳居民来往内地通行证** 5-**台湾居民来往大陆通行证** 6-**其他**（请在下表相应栏位补充完整）

◇ **变更保险费分期支付方式** (600)	○ 年付　○ 半年付　○ 季付　○ 月付	
◇ **变更现金红利处理方式** BG011	○直接领取　○抵付保险费　○储存于本公司	○ 转万能险账户（此项仅适用于万能险保险计划作为附加合同的保险产品。）
变更 ◇ **生存现金处理方式** BG010 ◇ **年金处理方式** BG012	○直接领取　○抵付保险费　○储存于本公司	○ 转投资账户或万能险账户　（此项仅适用于投资连结型或万能险保险计划作为附加合同的保险产品。）
◇ **变更年金受领人**(BG013)	○ **被保险人**　○ **投保人**	
◇ **费用补偿型医疗保险合同转换** (760)	被保险人是否拥有公费医疗、社会医疗保险、其他商业保险公司提供的费用补偿型医疗保险或本公司认可的费用补偿型医疗保险？ ○ 是 ，申请变更为公费医疗或社会医疗保险身份。 ○ 否 ，申请变更为非公费医疗且非社会医疗保险身份。	
◇ **定期寿险转换寿险主合同**	定期寿险同等保额转为寿险合同，新投保单编号_____新单主险名称_____	
◇★**主合同变更** (300)	变更前：主合同名称_____ 付费_____年/至_____岁　保险金额_____	变更后：主合同名称_____ 付费_____年/至_____岁　保险金额_____
◇ **遗失补发**	○ 保险合同补发(950)	

☐ **个人资料变更** **五 选 一**

◇★新增[次]被保险人(与主被保险人关系：☐**父** ☐**母**) (BG025)
此项仅限非家庭版医疗保险产品，请同时填写增加附加合同变更项。
◇ 变更投保人(新投保人与主被保险人关系:_____) (BG003)

请提供**该客户本人的联系手机，并完整**填写以下**三项**内容。
手 机

更正投保人、被保险人资料时，公司审核通过后将同步更新该客户所有保险合同的相关信息。
○更正[次]被保险人资料 (请填写[次]被保险人的姓名)_____(BG024)
○更正投保人资料(BG002) ◇ 职业变更 (请填写变更人的姓名)(750) _____

根据客户资料**按需**填写以下三项中所涉及的变更内容

第一项： 个人基本信息	姓 名		证件类型 (**填代码**)		证件有效期	年 / 月 / 日
	性 别	☐ 男 ☐ 女	证件号码			
	国 籍		出生日期	年 / 月 / 日	去年全年收入（包括基本工资、奖金、分红和红利）	人民币：　　万元
第二项： 职业信息	现职务		职业代码		现职务任职起期	年 / 月 / 日
	现服务单位名称					
第三项： 签名变更	**变更原因 (二选一)**	◇ **签名样本变化/姓名变更/投保人变更/新增被保险人** ◇ **★补充声明与告知**				
	注： 请在下方提供新的签名样本，经公司审核通过后将同步更新该变更签名人名下所有有效保险合同的签名样本。					
	投保人/新投保人的 **新签名样本**		被保险人的 **新签名样本**			

☐ **变更身故保险金受益人** (BG005)　被保险人姓名_____
请完整填写下列所有受益人的各项信息。若未填写受益份额，下述身故保险金受益人按照相等份额享有受益权。

受益人姓名	受益份额 %	与被保险人关系	性别	出生日期	国籍	证件类型 (**填代码**)	证件号码
				年 / 月 / 日			
				年 / 月 / 日			
				年 / 月 / 日			

☐ **变更联系资料** (BG001)

投保人联系资料 为确保投保人的联系资料保持一致，对于变更本项投保人联系资料信息的，本公司将同步更新投保人持有的所有保单。

通讯地址	省/直辖市 城市/地区 区/县			邮编	
手机		固话		电子邮箱	@
住所	○同通讯地址 ○其他地址 省/直辖市 城市/地区 区/县			邮编	

被保险人(姓名_____)联系资料

住所	○同通讯地址 ○其他地址 省/直辖市 城市/地区 区/县			邮编	
手机		固话		电子邮箱	@

☐ **终止保险费自动转账付款授权**(BG006) ☐ **终止保险款项自动转账取款授权** ○ 投保人账号 (BG008) ○ 被保险人账号 (BG007)

☐ **变更保险费过期未付选择** (860)

○自动垫付保险费 ○中止合同 ○减额付清

1. 是否需要同时取消自动转账付款授权？ ○ **是**
2. 是否需将生存现金、现金红利抵付保险费变更为直接领取？ ○ **是**

★增加保额/月付年金	★增加附加合同	降低保额/月付年金	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	★增加保额/月付年金	★增加附加合同	降低保额/月付年金	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
○	○	○	○	01		○	○	○	○	07	
○	○	○	○	02		○	○	○	○	08	
○	○	○	○	03		○	○	○	○	09	
○	○	○	○	04		○	○	○	○	10	
○	○	○	○	05		○	○	○	○	11	
○	○	○	○	06		○	○	○	○	12	

◇ **减少（次）被保险人** 被减少的（次）被保险人姓名：

◇ **其他**（请详述）

一、 **客户申请变更声明：**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公司（以下简称贵公司）同意批准后生效，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。

1. **个人资料变更_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。
2. **个人资料变更_签名变更_申请人声明：**本人已理解上述保险合同内容、保险责任和责任免除，知晓本人的权利和义务，今后凡涉及上述保险合同的一切签名，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。

1) **签名样本变化/姓名变更/投保人变更/新增被保险人：**所申请保险合同项下的一切陈述和声明均为本人真实意愿表示且内容确实无误，并承认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文件有效，同时，承担由此引发的一切责任。

2) **补充声明与告知：**所申请保险合同项下的陈述和声明与实际不符，本人愿意填写《最新个人资料通知书》进行变更，对于未作变更部分的陈述和声明，本人承认均系本人真实意愿表示且内容确实无误，并承担由此引发的一切责任。本人同意贵公司有权根据上述《最新个人资料通知书》重新审核该保险合同并做出相应处理。

3. **合同内容变更_取消附加合同_投保人声明：**本人知晓并同意申请解除《友邦附加稳赢一生 B 款终身寿险（投资连结型）》后，该附加合同效力随之终止；若之后发生《友邦附加永安儿童豁免保险费定期寿险》中约定的保险事故，则贵公司仅给付主合同项下的全残豁免保险费利益，同时，本人也不享有因解除前述附加投资连结保险致豁免的保险利益减少而要求退还相应保险费的权利。
4. **合同内容变更_增加保险金额_投保人声明：**本人了解增加保险金额的申请自贵公司批准变更之日起生效，且增加部分的保险金额其条款约定的等待期从批准变更生效日起开始计算。若在该等待期内罹患保险合同中定义的“疾病”，贵公司不承担保险金给付责任。
5. **主合同变更_投保人声明：**本人了解变更主合同只能在保险合同犹豫期内申请，且自贵公司批准变更之日生效。变更后主合同中新增部分根据其条款约定的等待期从批准变更生效日起开始计算。若在该等待期内罹患保险合同中定义的“疾病”，贵公司不承担保险金给付责任。

二、 **个人隐私声明：**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提供给任何政府部门、监管机构和/或第三方。本人/我们理解该信息或资料包括 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披露，可能包含境外之披露。本人/我们理解，若本人/我们不同意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。

三、 **见证人/保险营销员声明：**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。

签名前请仔细阅读所附变更声明事项及填写须知。

申请人			见证人		
	投保人签名	被保险人/监护人签名		见证人/保险营销员/经办人签名	保险营销员/经办人编号