



友邦团体旅行保险计划被保险人变更申请表

收件日期盖章

投保人填写：

保险合同编号: TG	投保人名称:	联系人:	联系电话:
------------	--------	------	-------

填写须知：

1. 此表格须由投保人如实填写，并在“经办人签署及投保人公章”处加盖公章，并交予本保险公司。被保险人新增申请需经本保险公司同意后才能成为本保险合同的被保险人，逾期递交，本保险公司有权要求投保人或该成员提供最新的可保证明。此表格不够填写，可自行复印。填写字迹务必清晰。
2. 被保险人新增时，带*项为必填项。
3. 被保险人被保资格终止时，仅需填写 (1)、(2)、(3)、(6) 项。 被保险人保障期生效后，本保险公司不再接受投保人终止被保险人被保资格的申请。
4. 被保险人信息变更时，需填写 (1)、(2)、(3)、(6) 和相应的变更项，如有需要在特别说明中对变更内容进行补充说明。涉及姓名、证件号、性别或出生日期变更时，请提供被保险人有效身份证件复印件。
5. 为未成年被保险人投保的人身保险，因被保险人身故给付的保险金总和不得超过国务院保险监督管理机构规定的限额，身故给付的保险金额总和约定也不得超过前述限额。
6. 未成年被保险人参团同行者必须有父或母一方并同时投保。
7. 被保险人和家属都必须填写证件类型与证件号码。针对未成年人：有效证件号码为身份证号码（见身份证或户口簿）。若小于一周岁且暂无身份证号码时，可使用其出生证号码；若一周岁以上（含周一岁）仍使用出生证码，需书面说明原因并提供出生证明复印件。
8. 本申请表中的生效/终止日期以本保险公司最终审核同意的生效日期为准，满期日期以个人保险凭证上的约定为准，且生效日期和满期日期均为当日24时生效。
9. 承保天数必须大于5天，且最长不可超过180天。
10. 本保险不承保任何国家或国际组织认定的恐怖分子或恐怖组织成员，不承保伊朗或朝鲜籍人员，或非法从事毒品、核武器、生物或化学武器交易人员。本保险不承保任何直接或间接由于前往或途经阿富汗、缅甸、古巴、刚果民主共和国、伊朗、伊拉克、利比亚、苏丹、叙利亚、朝鲜，或在上述国家旅行期间发生的保险事故。
11. 本合同身故保险金受益人为法定，若发生保险事故，索赔申请人应迅速通知本保险公司，并向本保险公司提交索赔申请书。
12. 投保人若在本保险公司有欠缴未缴的保险费，则本保险公司有权拒绝承保新增被保险人的申请。

*(1)	(2)	*(3)	*(4)	(5)	*(6)	(7)	(8)	(9)	*(10)	*(11)	*(12)		*(13)	(14)
申请项目 ①新增 ②终止 ③变更	被保险 人分单 号	被保险 人姓名	证件类型	国籍 (证件为护照的 人员需提供)	证件号码 (如填写身份证号码，必须为18位)	性别	出生日期 (年-月-日) (证件非身份证时必须填)	紧急联络人/联 系电话	旅行目的 地	所选产品计划	申请生效时日		承保天数	同行者姓名/ 关系
											年-月-日	时		
												24时		
												24时		
												24时		
												24时		
												24时		
												24时		
												24时		
												24时		
												24时		
												24时		
												24时		
												24时		
												24时		
												24时		
												24时		

投保人及被保险人声明与授权：

1. 本投保人明确了解本申请表正面所述的“填写须知”内容。
2. 本申请表构成原投保单的组成部分。
3. 在填写本申请表及提供上述信息和资料时，若有任何虚报或陈述不实，除法律另有规定外，贵公司有权拒绝给付相应保险金的申请。
4. 本投保人已知悉各被保险人本次保险申请的所有事宜，并已获得各被保险人的同意。
5. 涉及为未成年人作为附属被保险人投保的情况，本投保人声明已向主被保险人即未成年人的父母说明了所投保之保险内容及未成年人身故保险金额的有关政策规定，且已获得其同意由本投保人为其未成年子女投保上述保险。
6. 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，本投保人同意并授权贵公司基于上述报告要求将本投保人的信息或资料提供给任何政府部门、监管机构 and/或第三方。同时，本投保人应确保在获得被保险人的同意和合法有效授权后同意及授权贵公司持有、使用本投保人提供的被保险人资料，以及同意并授权贵公司将该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或用于公益目的；若因被保险人资料和信息的授权以及与此相关的使用而产生的纠纷、损失、损害或要求赔偿，本投保人将承担全部的法律責任。

经办人签署及投保人公章： 填写日期：

保险营销员//保险经纪公司/保险代理公司签署签名： 保险营销员/经办人编号： 保险营销员/经办人联系电话：