



友邦团体员工自选加保计划续保申请表

收件日期盖章

邮政编码：
联系地址：
单位名称：
联系人：

保险合同编号：
分支机构：
保险合同到期日：

投保人告知事项：

*1. 本年度贵司是否愿意在友邦保险续保？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
*2. 本年度贵司是否存在有效成员终止保障方案？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
*3. 本年度是否有新成员（员工或已投保员工家属）需要加入本年度投保方案中？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

请投保人如实告知，如上述第3项问题答案为“是”，需填写下表成员清单及另行签署新增成员的《友邦团体保险员工自选加保计划被保险人健康告知书》；如为个人扣费的，需同时提供《友邦团险个人账户缴付保险费授权书》。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
①新增 ②终止	终止原因 ①离职 ②个人不续保 ③其他	被保险人姓名	家属姓名	关系	证件类型	证件号码	性别	出生日期	国籍	被保险人编号 /工号	分支 机构	婚姻 状况	职位/职务	手机号码	保险计划	是否有当地医保 是/否
		仅供家属计划填写														



—接正面—保险合同编号:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
①新增 ②终止	终止原因 ①离职 ②个人不续保 ③其他	被保险人姓名	家属姓名	关系	证件类型	证件号码	性别	出生日期	国籍	被保险人编号 /工号	分支机构	婚姻 状况	职位/职务	手机号码	保险计划	是否有当地医保 是/否
			仅供家属计划填写													

填写须知:

- 1、选择①新增时，以上表格中第1、3、6、7、8、9、10、15、16、17为必填项；选择②终止时，以上表格中第1、2、3、7、15为必填项，若仅终止家属，以上表格中第1、2、3、4、5、7、15为必填项。2终止原因选择②个人不续保时，该被保险人及其家属不符合团险转换的条件，不享有团险转换的权利；选择③其他时，请填写具体原因。
- 2、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，未成年人有效身份证件号码为身份证号码（见身份证或户口簿）。若被保险人小于一岁且暂无身份证号码时，可使用其出生证号码；若被保险人为一岁以上（含一岁）仍需使用出生证号码，需书面说明原因并提供出生证明复印件。
- 3、个人缴费的新增被保险人必须填写手机号码。

投保人声明:

- 1、本投保人明确了解本申请书所述的“填写须知”内容。
- 2、在填写本申请书及提供相关成员资料时，若有任何虚报或陈述不实，除法律另有规定外，友邦保险有权拒绝给付相应保险金的申请，由此引起的法律责任由本投保人承担。
- 3、本投保人已知晓，本次续保申请若超过本合同届满日后30天完成，将影响符合团险转换条件的员工及其家属的团险转换权益。
- 4、根据友邦产品调整，本投保人愿意按原保障计划升级到友邦新产品，并已知晓和确认新产品条款内容。
- 5、本投保人已知晓各被保险人本次申请的所有事宜，并已获得各被保险人的同意。
- 6、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。
- 7、为了保障本投保人所有参与自选计划员工的保障利益可以顺利延续，友邦保险将于本合同届满日之前主动联系本投保人协商该计划的续保事宜，本投保人需在本合同届满日之前书面确认续保方案及续保名单。为保障被保险人的利益，若截止本合同届满日，友邦保险未收到本投保人的书面确认，且本投保人亦未就续保事宜提出任何书面异议，友邦保险可视为本投保人同意按友邦保险在与本投保人协商续保事宜时提供的续保方案和续保名单予以续保。友邦保险可在本合同届满日以短信/微信方式按上述最新续保名单通知本投保人员工相关续保事宜，并从做出续保选择的员工本人已授权的银行账户自动扣缴员工（及其家属）的下一保险期间保险费用。

经办人签署及投保人公章

申请日期

备注:

保险营销员/经办人签名

保险营销员/经办人编号

保险营销员/经办人联系电话