



个人内容变更申请书



G2301001

保险合同编号：_____ 主被保险人姓名：_____ 证件号码：_____

申请书写填写须知：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) 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，除由本保险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，本保险公司无需负责。3) 申请人签名须为主被保险人以及或附属被保险人签名，并于原留存于本保险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。

<input type="checkbox"/> 医保状况变更	申请变更的被保险人姓名：_____
	申请变更人是否拥有社会基本医疗保险？ <input type="radio"/> 是，申请变更为公费医疗或社会医疗保险身份。 <input type="radio"/> 否，申请变更为非公费医疗且非社会医疗保险身份。

<input type="checkbox"/> 退保申请	申请退保的被保险人姓名：_____
	申请终止日期：_____ 年 月 日（最终终止日期需经本保险公司审核同意的日期为准，最终终止日期零时正式生效）
	申请退保原因：_____

<input type="checkbox"/> 被保险人个人资料变更	申请变更的被保险人姓名：_____
	注 1、未成年的附属被保险人不可申请单独作为主被保险人。 2、变更个人基本信息需要提供变更人的身份证件复印件或以及其他有效的辅助证明文件。

个人基本信息	性别	证件类型	证件有效期	_____ 年 / 月 / 日
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	证件号码	_____	
	国籍	出生日期	_____ 年 / 月 / 日	

职业信息	现服务单位名称	职位/职务	现职务任职起期	_____ 年 / 月 / 日
	现服务单位地址			

联系信息	手机	固定电话	电子邮箱	_____

<input type="checkbox"/> 变更健康资料/取消加费/取消不承保事项	申请原因： 注：提出该申请需要连同如下资料一并提交：1、最新个人资料通知书 2、相关病历或检查报告
--	--

- 申请人声明：**本人/我们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贵公司同意批准后生效，其生效日以贵公司最终批准同意的变更生效日为准。本人/我们向贵公司承诺，本申请书、与本申请书有关之各份问卷及文件，对贵公司之各项声明、陈述均完全确实无误，并成为贵公司续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续发之保险合同或保险合同批注无效。
- 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。同时，本人/我们同意贵公司持有、使用本人/我们所提供的全部资料，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。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。

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	_____
	主被保险人签名		见证人/保险营销员/经办人签名
	_____		_____
	附属被保险人/监护人签名		保险营销员/经办人编号