



保险合同内容变更申请书

(高端医疗保险变更专用)

友邦保险



收件盖章

保险合同编号: <input style="width: 100%;" type="text"/>	签发保单机构 <input style="width: 100%;" type="text"/>
---	--

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，并与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-港澳居民居住证 7-台湾居民居住证
 0-其他 (请在下表相应栏位补充完整)

<input type="checkbox"/> 个人资料变更 三选一	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。 <input type="radio"/> 更正被保险人资料 (BG024) <input type="radio"/> 更正投保人资料 (BG002) <input type="radio"/> 职业变更 (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 (中文)	名 (中文)	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	国籍	
	高端医疗保险被保险人填写					
	姓 (拼音)	名 (拼音)	出生日期	年 / 月 / 日		
	证件类型 (填代码)	证件有效期	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	此项变更适用于 签名样本变化/姓名变更/投保人变更 。 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。	
	投保人的 新签名样本	被保险人的 新签名样本

<input type="checkbox"/> 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或基本医疗保险? 注: 基本医疗保险指城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保障项目。 <input type="radio"/> 是, 申请为公费医疗或基本医疗保险身份投保。 <input type="radio"/> 否, 申请为非公费医疗且非基本医疗保险身份投保。
---	--

<input type="checkbox"/> ★变更保障计划 (300) 高端医疗保险适用	已投保的保险产品: <input type="radio"/> 友邦传世无忧II <input type="radio"/> 友邦传世无忧2020
---	---

变更后的保险计划 (3选1, 请勿重复选择。) <input type="radio"/> A款 高端医疗保险 <input type="radio"/> B款 高端医疗保险 <input type="radio"/> C款 高端医疗保险		保障金额	800 万元
年度起付金额	<input type="radio"/> 0 元 <input type="radio"/> 12,800 元	<input type="radio"/> 0 元 <input type="radio"/> 12,800 元	
保障区域 & 就诊医院	<input type="radio"/> 全球除美国 <input type="radio"/> 包含昂贵医院 <input type="radio"/> 不包含昂贵医院	<input type="radio"/> 全球 包含昂贵医院	

<input type="checkbox"/> 指定款项抵付续保保险费 (BG023)	仅业务规则限定的适用产品可申请。
---	-------------------------

指定款项来源于: 万能险个人账户价值 或 特定保险产品 自动降低基本保险金额退出的现金价值	指定款项来源于 保险合同 (编号)	<input style="width: 100%;" type="text"/>
--	--------------------------	---

自上述保险产品成立或生效的第 () 年度起开始用于抵付本合同的续保保费。
 注: 指定款项限上述保险产品成立或生效的第 6 年度 (含) 起适用。

<input type="checkbox"/> 取消指定款项抵付续保保险费

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		@
----	--	----	--	------	--	---

常住地/住所	<input type="radio"/> 同通讯地址						邮编				
	<input type="radio"/> 其他地址	省/直辖市	城市/地区	区/县							

若您提供的上述常住地/住所地址不在中国境内, 请详述以下内容:

1. 变更原因: 出国留学或陪读 其他原因_____

2. 持续停留时间: 持续停留超过 180 天。具体停留时间: 自_____年____月____日起, 至_____年____月____日。
 持续停留不超过 180 天。

被保险人联系资料 若被保险人与投保人为同一人时, 可免填

被保险人姓名	
--------	--

手机		固话		电子邮箱		@
----	--	----	--	------	--	---

常住地/住所	<input type="radio"/> 同通讯地址						邮编				
	<input type="radio"/> 其他地址	省/直辖市	城市/地区	区/县							

若您提供的上述常住地/住所地址不在中国境内, 请详述以下内容:

1. 变更原因: 出国留学或陪读 其他原因_____

2. 持续停留时间: 持续停留超过 180 天。具体停留时间: 自_____年____月____日起, 至_____年____月____日。
 持续停留不超过 180 天。

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机构 (以下简称贵公司) 同意批准生效后, 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。本人授权贵公司从任何内、外科医生、医院、诊所、保险公司或任何组织单位, 就有关保险事宜, 查询、拷贝有关投保人、被保险人及受益人的资料或索取其它有关证明文件。
- 个人资料变更_被保险人/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。
 - 个人资料变更_签名变更_申请人声明:** 所申请保险合同下的一切陈述和声明均为本人真实意思的表示且内容确实无误, 并承认有关贵公司缮发的该保险合同、该保险合同批注及以涉及该保险合同的一切签署亦为本人真实意思的表示, 本人愿意承担由此引发的一切责任。本人已阅读并理解保险合同内容、包括但不限于保险责任和责任免除等, 知晓本人的权利和义务。今后凡与所申请保险合同有关的一切签名, 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。
 - 变更保障计划_投保人声明:** 本人了解变更本合同只能在保险期间届满日后六十天内申请, 且自贵公司批准变更之日生效。变更后的保障计划根据其条款约定承担保险责任。若在该等待期或合同约定的指定时间期间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。
 - 指定款项抵付续保保险费:** 本人/我们同意将上述合同项下的指定款项用于抵付此次申请变更的保险合同之续保保险费之用。本人知晓并同意本申请经贵公司审核批准后生效。续保保险费的抵付顺序将依据贵公司的款项抵付规则处理。
- 二、 **客户声明:** 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 (包括但不限于投保人签署之前提供的以及本人接受贵公司各项服务时所产生的与保险合同事宜有关的信息或资料) 提供及披露予任何政府部门、监管机构 and/或第三方。同时, 本人/我们同意贵公司持有、使用本人/我们所提供的个人信息或资料, 并授权贵公司在所适用的法律允许的情况下, 将该个人信息或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、处理核保、理赔、调查等相关保险业务活动或用于公益目的等。本人/我们理解该个人信息或资料包括 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提供及披露, 可能包含境外之提供及披露。本人/我们理解, 若本人/我们不同意贵公司提供及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	投保人签名	被保险人/监护人签名	_____年____月____日	见证人	见证人/保险营销员/经办人签名	保险营销员/经办人编号
			签署日期			