



保险合同内容变更申请书

友邦人寿

收件盖章

保险合同编号:

签发保单机构:

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) 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。3) 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。4) 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-居民身份证 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 8-外国人永久居留身份证 0-其他 (请在下表相应栏位补充完整)

☐ 投保身份转换
/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险项目
☐ 是, 申请变更为公费医疗或基本医疗保险身份。 ☐ 否, 申请变更为非公费医疗且非基本医疗保险身份。

个人资料变更 根据客户申请内容勾选, 填写个人资料信息栏位。 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。

☐ 更正投保人资料(BG002)
☐ 更正[次]被保险人资料(多被保险人时请填写变更人的姓名)(BG024)

请填写变更人姓名

☐ 变更投保人(BG003)

新投保人与被保险人_____关系: _____

须提供客户联系资料

新投保人与被保险人_____关系: _____

手机

电子邮箱

@

新投保人通讯地址:

☐ 同通讯地址

☐ 其他地址_____(省/直辖市)_____(城市/地区)_____(区/县)_____邮编: _____

新投保人住所: ☐ 同通讯地址

☐ 其他地址_____(省/直辖市)_____(城市/地区)_____(区/县)_____邮编: _____

个人资料信息

第一项: 个人基本信息	姓名		性别	☐ 男 ☐ 女	出生日期	年	月	日	国籍	
	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、分红和利息)	人民币:	万元
	证件 号码									
	税优产品 专项信息	此项仅限投保税优健康险产品填写, 若投保人交纳个人所得税, 须同时勾选个人所得税征收方式。 交纳个人所得税 ☐ 是 ☐ 否 个人所得税的征收方式 ☐ 01 代扣代缴 ☐ 02 自行申报								
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/新增被保险人。 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				

☐ 变更保险费过期未付选择 (BG009)

☐ 自动垫交保险费 ☐ 中止合同

1. 是否需要同时取消自动转账付款授权? ☐ 是

☐ 减额交清 (BG009)

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

☐ 变更现金红利处理方式 BG011

☐ 变更生存现金处理方式 BG010

☐ 变更年金/养老年金处理方式 BG012

☐ 变更满期金处理 BG034

以上选项仅适用于已投保上述可选款项处理方式的保险计划, 多选、误选均无效。

☐ 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

☐ 增加友邦附加增利宝趸交年金保险(分红型)的基本保险金额

☐ 作为转入保险费在扣除相关费用后自动转入指定产品的个人账户

指定产品为在投保时已确定的万能型保险产品或投资连结保险产品。

* 万能型保险产品结算利率超过最低保证利率的部分是不确定的。

* 投资连结保险产品的投资回报具有不确定性, 投资风险将完全由您承担。

降低保额/月付年金	降低(年付)保险费	取消附加合同	降低保额/保险费 按领取金额	保险项目 若合同有交费期间(付费年限) 的选择请注明	变更后 (基本) 保险金额/份数 /年金金额、 保险费金额 或 申请领取的金额 若取消附加合同此项不 需要填写	降低保额/月付年金	降低(年付)保险费	取消附加合同	降低保额/保险费 按领取金额	保险项目 若合同有交费期间(付费年限) 的选择请注明	变更后 (基本) 保险金额/份数 /年金金额、 保险费金额 或 申请领取的金额 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				请填写被减少的(次) 被保险人姓名:							

☐ 其他 (请详述)

申请人可通过本公司官网 (<https://www.aia.com.cn>), 我的专区“网上客户服务中心”查询业务。也可以通过以下方式随时体验便捷的自助服务:

★关注官方微信公众账号“友邦保险”



★下载客户应用端“友邦友享”



投保人申请项目:

- 投保人联系资料变更 (含通讯地址、投保人联系电话、投保人住所)
- 更正投保人资料 (含性别、证件类型、证件号码、出生日期、证件有效期、证件类型、证件号码、国籍、职业)
- 个人税收居民身份声明
- 保险合同补发/申请电子合同
- 保险费自动转账付款授权/终止保险费自动转账付款授权
- 保险款项自动转账投保人取款授权/终止保险款项自动转账投保人取款授权
- 保单还款
- 续期保险费支付
- 投资连结保险账户转换、追加保险费、变更缴费分配比例
- 万能保险/投资连结保险个人账户价值领取

更多项目敬请期待

被保险人申请项目:

- 被保险人联系资料变更 (被保险人联系电话、被保险人住所)
- 更正被保险人资料 (含性别、证件类型、证件号码、出生日期、证件有效期、证件类型、证件号码、国籍、职业)
- 个人税收居民身份声明
- 保险款项自动转账被保险人取款授权/终止保险款项自动转账被保险人取款授权

投保人与被保险人共同申请项目:

- 保单贷款 (借款)
- 变更身故保险金受益人

客户申请变更声明与授权: 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。

1. **个人资料变更_被保险人/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。(如您开始拥有美国的国籍、永久居留权(绿卡)、居留权等使得您对美国有纳税义务, 请于相关身份信息更改日起 30 天内通知我司。如已告知您对美国有纳税义务, 则本条不适用)
(去除美国特征时请勾选) ☐ 除在申请书填写的个人信息外, 本人/我们声明并不拥有联系电话、地址等具有美国特征的其他信息。(如已告知您具有美国特征, 则本条不适用)
2. **个人资料变更_签名变更_申请人声明:** 所申请保险合同项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。并承认有关贵公司续发的该保险合同、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。
3. **降低保额/月付年金/(年付) 保险费/按领取金额降低保额及保险费_投保人声明:** 本人知晓并同意: 1) 降低保额/月付年金/(年交) 保险费/按领取金额降低保额及保险费后, 申请的降低的部分按投保人解除合同处理, 降低部分的退费以贵公司实际结算金额为准。申请降低的部分不可恢复。**犹豫期后的申请, 本人承诺愿意承担解除保险合同所导致的利益损失。** 2) 本项变更经贵公司批准自批准变更生效日起生效, 合同约定的保险费/基本保险金额、有效保险金额 (若有)、保险责任、应付及已付保险费等均均以变更后金额为基础重新计算。
4. **取消附加合同_投保人声明:** 本人知晓并同意取消附加合同后, 申请的保险项目按投保人解除合同处理。公司根据保险合同之约定, 所负之保险责任亦随之终止, 投保人/被保险人亦不再享有相应的保障和利益, 且取消的保险项目不可恢复。**犹豫期后的申请, 本人承诺愿意承担解除保险合同所导致的利益损失。**
5. **投保身份转换/费用补偿型医疗保险合同转换_投保人声明:** 本人知晓并同意投保身份转换/费用补偿型医疗保险合同转换必须在医疗险保险产品重投保后新的保险期间的交费期内申请, 本项变更在支付所需的变更费用后, 经贵公司批准自批准变更生效日起生效。新的保险期间按变更后投保身份承保。

请您确认本申请书中所有内容填写完整后签名, 签名前请仔细阅读申请事项、填写须知及相关声明事项。

申请人	见证人
____年____月____日 (新) 投保人签名 被保险人/监护人签名 签署日期	见证人声明: 本人证明已核对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。 ☐ 保险营销员/销售人员 (编号: _____) ☐ 银保经办人/银行销售人员 ☐ 客服 ☐ 其他 _____ 见证人签名