



保险合同内容变更申请书



友邦保险

收件盖章

保险合同编号	<input type="text"/>	签发保单机构	<input 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，并于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-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 0-其他 (请在下表相应栏位补充完整)

◇ 变更保险费分期支付方式 (600) 年付 半年付 季付 月付

◇ 变更现金红利处理方式 BG011	<input type="radio"/> 直接领取 <input type="radio"/> 抵付保险费 <input type="radio"/> 储存于本公司
◇ 变更生存现金处理方式 BG010	<input type="radio"/> 转投资账户 或 <input type="radio"/> 万能险账户 <input type="radio"/> 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
◇ 变更年金处理方式 BG012	<input type="radio"/> 作为追加保险费在扣除相关费用后自动转入“友邦稳赢未来年金保险(投资连结型)”的个人账户

(选项仅适用于已投保上述可选处理方式的保险计划, 多选、误选均无效。)
* 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。

◇ 变更年金受领人 (BG013) 被保险人 投保人

◇ 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、社会医疗保险、其他商业保险公司提供的费用补偿型医疗保险或本公司认可的费用补偿型医疗保险?
 是, 申请变更为公费医疗或社会医疗保险身份。
 否, 申请变更为非公费医疗且非社会医疗保险身份。

◇ ★主合同变更 (300)	变更前	主合同名称 _____ 付费 _____ 年/至 _____ 岁 保险金额 _____	变更后	主合同名称 _____ 付费 _____ 年/至 _____ 岁 保险金额 _____
----------------	-----	--	-----	--

◇ 遗失补发 保险合同补发 (950) 申请电子合同 《友邦附加全佑至臻意外伤害保险》合同升级

□ 个人资料变更 五选一	◇ ★新增[次]被保险人(与主被保险人关系: <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母) (BG025)	请提供该客户本人的联系手机, 并完整填写以下三项内容。
	此选项仅限非家庭版医疗保险产品, 请同时填写增加附加合同变更项。	手机 <input type="text"/>
	◇ 变更投保人(新投保人与主被保险人关系: _____) (BG003)	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。

根据客户资料按需填写以下三项中所涉及的变更内容

更正[次]被保险人资料 (请填写[次]被保险人的姓名) _____ (BG024)
 更正投保人资料 (BG002) ◇ 职业变更 (请填写变更人的姓名) (750) _____

第一项: 个人基本信息	姓名	<input type="text"/>	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	证件类型 (填代码)	<input type="text"/>	证件有效期	年 / 月 / 日
	证件号码	<input type="text"/>	使用居住证须填写 通行证号码		<input type="text"/>			
	国籍	<input type="text"/>	出生日期	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:	<input type="text"/>	万元

第二项: 职业信息	现职务	<input type="text"/>	职业代码	<input type="text"/>	现职务任职起期	年 / 月 / 日
	现服务单位名称	<input type="text"/>				

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	<input type="text"/>	被保险人的 新签名样本	<input type="text"/>
--------------------	----------------------	----------------	----------------------

□ 变更身故保险金受益人 (BG005) 被保险人姓名 _____
请完整填写下列所有受益人的各项信息。若未填写受益份额, 下述身故保险金受益人按照相等份额享有受益权。

受益人姓名	受益份额 %	与被保险人关系	性别	出生日期	国籍	证件类型 (填代码)	证件号码	使用居住证须填写 通行证号码
				年 / 月 / 日			<input type="text"/>	<input type="text"/>
		手机		住所:	省/直辖市	城市/地区	区/县	邮编:
				年 / 月 / 日			<input type="text"/>	<input type="text"/>
		手机		住所:	省/直辖市	城市/地区	区/县	邮编:
				年 / 月 / 日			<input type="text"/>	<input type="text"/>
		手机		住所:	省/直辖市	城市/地区	区/县	邮编:

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

被保险人(姓名 _____) 联系资料

住所	<input type="radio"/> 同通讯地址 <input type="radio"/> 其他地址	省/直辖市	城市/地区	区/县	邮编
手机		固话		电子邮箱	@

终止保险费自动转账付款授权 (BG006) 终止保险款项自动转账取款授权 投保人账号 (BG008) 被保险人账号 (BG007)

<input type="checkbox"/> 变更保险费过期未付选择 (860)	<input type="radio"/> 自动垫付保险费	<input type="radio"/> 中止合同	<input type="radio"/> 减额付清
	1. 是否需要同时取消自动转账付款授权?		<input type="radio"/> 是
	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?		<input type="radio"/> 是

★ 增加保额月付年金	★ 增加附加合同	降低保额月付年金	取消附加合同	合同名称	变更后 (基本) 保险金额/份数/年金金额	★ 增加保额月付年金	★ 增加附加合同	降低保额月付年金	取消附加合同	合同名称	变更后 (基本) 保险金额/份数/年金金额
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	01	若合同有付费期限的选择 请注明付费期限	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	07	若取消附加合同此项不需要填写
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	02		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	08	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	03		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	09	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	04		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	05		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	06		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12	

◇ 减少 (次) 被保险人 被减少的 (次) 被保险人姓名:

◇ 其他 (请详述)

一、 **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述事项相关的内容, 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。

1. **个人资料变更_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。

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。并承认有关贵公司缮发的该保险合同、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. **合同内容变更_取消附加合同_投保人声明:** 本人知晓并同意申请解除《友邦附加稳赢一生 B 款终身寿险 (投资连结型)》后, 该附加合同效力随之终止; 若之后发生《友邦附加永安儿童豁免保险费定期寿险》中约定的保险事故, 则贵公司仅给付主合同项下的全残豁免保险费利益, 同时, 本人也不享有因解除前述附加投资连结保险致豁免的保险利益减少而要求退还相应保险费的权利。

4. **合同内容变更_增加保险金额_投保人声明:** 本人了解增加保险金额的申请自贵公司批准变更之日起生效, 且增加部分的保险金额其条款约定的等待期从批准变更生效日起开始计算。若在该等待期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。

5. **主合同变更_投保人声明:** 本人了解变更主合同只能在保险合同犹豫期内申请, 且自贵公司批准变更之日生效。变更后主合同中新增部分根据其条款约定的等待期从批准变更生效日起开始计算。若在该等待期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。

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 (包括但不限于投保单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、监管机构及/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。

签名前请仔细阅读所附变更声明事项及填写须知。

申请人	_____ 年 ____ 月 ____ 日	见证人	_____
投保人签名	被保险人/监护人签名	申请日期 (签署日期)	见证人/保险营销员/经办人签名 保险营销员/经办人编号