美国友邦保险有限公司
江苏分公司

友邦团体保险被保险人新增/资料变更申请表

保险合同编号:	投保人名称	分支机构:	联系人:	联系电话:

新增/变更	被保险人编号	被保险人姓名	家属姓名（仅供家属计划填写）	与被保险人关系（仅供家属计划填写）	身份证/护照号码	性别	出生日期 年 月 日 提供护照则必填	职位/职务	保险计划	月薪（限薪资倍数计划）	劳动合同加入日期 年 月 日	保险合同生效日期 年 月 日	是否拥有当地社保（是/否）

附注

填写须知：

1. 此表格须由投保人填写，并在“授权代表签署及投保人公章”处加盖公章，于新成员加入或被保成员资料变更后三十日内递交予友邦保险“团体保险部”。逾期递交需由投保人或该成员提供最新的可保证明，且经保险公司同意后，该成员才能成为该保险合同的被保险人。
2. 若在本申请书的反面有成员资料，也需在反面“授权代表签署及投保人公章”处加盖公章。此表格不够填写，可自行复印。

授权代表签署及投保人公章　　申请日期