



美国友邦保险有限公司
江苏分公司
江苏省南京市山西路1号
银河大厦22、23楼
电话 : (8625) 8326 0088
传真 : (8625) 8312 1185
AIA.COM.CN

友邦团体保险投保人及保险合同变更申请表

收件盖章

投保人名称		保险合同编号	
业务渠道	<input type="checkbox"/> 营销员 <input type="checkbox"/> 中介 <input type="checkbox"/> 团险直销 <input type="checkbox"/> 其他		
营销员信息	姓名:	编号:	营销服务部/组别: 联系电话:

A. 投保人资料变更申请 (请勾选项目后, 并填写相应内容)

<input type="checkbox"/> 名称变更	投保人原名称:	
	变更后投保人名称:	
	变更原因说明, 并请提供相关证明文件:	
<input type="checkbox"/> 业务性质变更	原业务:	变更后业务:
	变更原因说明, 并请提供相关证明文件:	
<input type="checkbox"/> 联系方式变更	新通讯地址:	邮编 <input type="text"/>
	联系人:	联系电话:
<input type="checkbox"/> 公章及授权代表签署变更, 需提供: 1) 证明文件; 2) 原公章/授权代表签署; 3) 变更后公章/授权代表签署		

B. 新增团体保险产品申请 (币值单位: 人民币元。若无此项变更内容, 请注明“无”)

注意事项: 1. 本公司仅接受保险合同周年日的产品变更, 恕不接受在保险年度中保险产品变更申请。

2. 详细保险产品的承保年龄、免可证明限额、住院等待期、既往症免责期、免赔额、给付比例等以本公司正式签发且经投保人书面确认的建议书或报价单为准。

保险产品全称	保险计划	被保险人职务/职位描述及分类	基本保险金额	保险费率

C. 终止团体保险产品申请 (请勾选项目后, 并填写相关内容。若无此项变更内容, 请注明“无”)

- 终止保险合同;
- 终止保险合同项下部分保险产品, 请见下述各项详细说明。

保险产品全称	保险计划	被保险人职务/职位描述及分类	申请终止日期

D. 其他变更项目 (请详述, 并请提供相关证明文件。填写完毕后需在空白部分注明“以下空白”。若无此项内容, 请注明“无”。)

投保人声明与授权

1. 本保险合同变更申请书和有关问卷及文件均为完整并确实无误, 并成为缮发保险合同的依据。若未履行如实告知义务, 任何依据上述资料所缮发的保险合同及批注均属无效。
2. 本投保人同意其变更生效日以保险公司批注栏批准的日期为准。本申请书的复印件及原投保单构成保险合同的一部分。
3. 本投保人确认本单位在填写本保险合同变更申请书时, 已就变更及终止的保险利益 / 责任、基本保险金额、保险费、受益人、责任免除等所有情况向被保险人作了明确说明。本投保人及所有被保险人对变更及终止的本保险合同条款、保险内容已完全了解, 同意接受本保险合同及本变更申请书的约束。如发生任何合同变更或退保时, 本投保人将按照有关规定, 告知各被保险人并使其知悉该合同变更或退保事宜。
4. 本投保人知晓中国相关法律法规对退保金支付的规定, 所提供的退费转账的账户真实无讹, 亦是原保险费缴费帐户。

为维护投保人的利益, 请勿在空白申请表上签署盖章。签署盖章前, 请再次核对所填资料。本申请表涂改无效。

授权代表签署及投保人公章

见证保险营销员/保险经纪公司/
保险代理公司签署

签署地/签署日期

业务渠道	<input type="checkbox"/> 营销员	<input type="checkbox"/> 中介	<input type="checkbox"/> 直销	<input type="checkbox"/> 其他
	营销员:	姓名: 编号:	营销服务部/组号:	联系电话:
递交资料	姓名: 编号: 营销服务部/组号: 联系电话:			

保险公司批注 (保险公司填写)

本公司同意以上变更申请, 上述变更生效日以批准日期为准, 请按本公司签发的保险费通知书按时支付足额保险费。

经办人		审批人		批准日期	年 月 日
批注:					