

美亚个人意外及健康保险合同变更申请书-老年人专用 (大字版)

保险单编号		联系电话 /手机	
投保人 / 被保险人:		/	

变更类型	变更原因及内容	所需资料
1. 更改身故保险金 受益人 (须投保人及被保险人同时签署)	受益人一： 证件号码： 与被保险人关系： 受益 份额： (%) 受益人二： 证件号码： 与被保险人关系： 受益 份额： (%)	1. 变更申请书原件(需有被保险人亲笔签名) 2. 投保人/被保险人身份证复印件。 3. 受益人身份证复印件。
2. 保单变更	投保人个人信息： <input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 性别 <input type="checkbox"/> 证件号码 <input type="checkbox"/> 出生日期 <input type="checkbox"/> 联系方式 <input type="checkbox"/> 其他 被保险人个人信息： <input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 性别 <input type="checkbox"/> 证件号码 <input type="checkbox"/> 出生日期 <input type="checkbox"/> 联系方式 <input type="checkbox"/> 与投保人关系 <input type="checkbox"/> 其他	1. 变更申请书原件，需投保人亲笔签名。 2. 投保人/被保险人证件复印件。 3. 保单/发票原件(如有)。 4. 银行卡/存折复印件(必须是投保人的银行卡/存折)
3. 直接退保	请详述退保原因：	
4. 其他变更(请详述)		

变更申请人声明：

本人明白并同意：上述申请内容均真实无讹，申请按此变更合同内容，所述内容变更经贵公司同意并在保险合同上批注后生效。

投保人签名： 被保险人签名： 申请日期： 年 月 日

退保银行帐号（必须是投保人的银行卡/存折，**暂不支持信用卡**）：

持卡人姓名	银行帐号	开户行	支行名称	退保金额

退保资料邮寄地址（**如果有索取发票，请一并邮寄**）：

邮寄地址：中国（上海）自由贸易试验区陆家嘴环路 1000 号恒生银行大厦 31 楼 041 室，美亚财产保险有限公司上海分公司客户服务部(收)，邮编：200120，电话 400-820-8858，邮件地址：customerservicechina@aig.com

保险公司批注栏

美亚财产保险有限公司同意以上第_____项变更申请。

经办人 _____ 公司授权代表签章 _____

日期 _____