

太平人寿环球医疗保全申请书

Application Form for Policy Service of Taiping Life Worldwide Group Healthcare Plan

申请人资料/Details of Applicant

投保单位名称 Name of Insured Company			
保单号 Policy No.		环球医疗服务卡号 Membership Card No.	
申请人 Applicant	经办人/Dealer	被保险人/Insured	申请人姓名 Name of Applicant
证件类型 ID Type		证件号码 ID No.	

变更事项 Alteration Information	<p>被保险人新增 New Insured , 合计 Total _____人。</p> <p>被保险人姓名 : _____ , 其他详细资料请填写员工申请表。</p> <p>被保险人姓名 : _____ , 其他详细资料请填写员工申请表。</p> <p>被保险人姓名 : _____ , 其他详细资料请填写员工申请表。</p> <p>Name of New Insured. Please complete other details in Employee Application Form.</p> <p>被保险人离职 Resigning Insured , 合计 Total _____人。</p> <p>被保险人姓名 : _____ ; 被保险人姓名 : _____</p> <p>被保险人姓名 : _____ ; 被保险人姓名 : _____</p> <p>被保险人姓名 : _____ ; 被保险人姓名 : _____</p> <p>Name of Resigning Insured</p> <p>被保险人信息变更/Insured 's Information Alteration</p> <p>由 _____ 变更为 _____</p> <p>From _____ to _____</p> <p>环球医疗服务卡卡号变更/Membership card No. Alteration</p> <p>由 _____ 变更为 _____</p> <p>From _____ to _____</p> <p>犹豫期撤保/Policy Cancellation in Cooling Off Period</p> <p>其它事项(请描述)/ Others (Please describe)</p> <p>上述信息不够填写或有其他详细信息,请另附表 Please continue on a separate sheet in case of more details or any other information.</p>
-----------------------------------	--

变更原因 Alteration Reasons	
-------------------------------	--

申请人声明/ Applicant Declaration

因上述原因，现向贵公司申请将该保单或分单下相关内容进行变更，同意按贵公司的有关规定办理，同时声明：本单位（人）向贵公司提供的资料真实有效。

特此声明。

Our Company applies (I apply) to your Company to alter the relevant information in the policy or insurance certificate because of the above-mentioned reasons, agrees (agree) to follow the rules of your Company, and declares (declare) that **all the information provided above is true and effective.**

单位签章（个人签名） Insured Company Stamp (Insured Signature) :

日期/ Date(YYYY/MM/DD) : 200__年__月__日

保险公司声明/ Our Declaration

1、自收到该保单 10 日后我公司将无法办理犹豫期撤保相关事宜；

2、合同解约一旦生效后，我公司将不再承担主被保险人及附属被保险人（包括配偶与子女）的任何保险责任；

1、 After 10 days from you received the policy , it is NOT available for Policy Cancellation in Cooling Off Period.

2、 After the policy cancellation , the insurer is not responsible for any insurance liability of the main insured and the dependent (include the insured 's legal spouse and children)

以下由本公司填写/ Completed by the Insurer

经办人 Dealer :	
	日期：200__年__月__日
核保意见 Underwriter :	
	日期：200__年__月__日
主管意见 Supervisor :	
	日期：200__年__月__日