

苏黎世中国个人人身意外伤害保险合同变更/解除申请书

保单号码：	投保人姓名：	申请日期：
投保人证件类型及号码：	邮箱地址：	移动电话：

请在需要变更的项目前“□”中划“√”

- ☐ 变更投保人/被保险人基本信息（联系地址、电话、证件号码、职业类别）
☐ 变更/指定身故保险金受益人基本信息（受益人变更、受益人份额变更、受益人与被保险人关系更改、受益人出生日期）
☐ 保单补发
☐ 解除保险合同
☐ 其它 _____

（重要提示：以上批改日期生效时间以保险公司收到投保人申请书次日凌晨零时起）

请在下栏中详细填写变更/解除/告知内容

投保人声明

本保险合同变更/解除申请书和有关的文件均确实无误，成为苏黎世财产保险（中国）有限公司签发批单的依据，上述材料若不属实，投保人愿意承担由此所产生的法律责任。

投保人签名：

被保险人签名：

日期：

日期：

以下由中介机构填写

客户提供单证：

☐ 保险合同原件

☐ 投保人身份证件 共____张

☐ 其它 _____

经办人：

受理人：