



단체보험 수익자 변경에 대한 피보험자 동의서

■ 고객작성란

단체명(보험계약자)		상품명	
------------	--	-----	--

※ 상기 계약에 대한 사망 및 생존시 보험금수익자를 피보험자에게 상기 계약자로 변경하는데 동의합니다.
(아래의 해당 부분에 "V"표 하시기 바랍니다.)

NO	성명	주민등록번호	보험수익자변경대상		서명
			상해	사망	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

※ 보험금을 받는자 (보험수익자)구분 : 1. 보험대상자(피보험자), 2. 상속인, 3. 계약자

년 월 일

보험계약자(단체)

명판 및 직인 날인

※ 우편발송주소 : (04511) 서울 중구 통일로 2길 16 AIA TOWER 25층 계약서비스팀 단체보험담당자

접수인		담당자		팀장		부서장	
-----	--	-----	--	----	--	-----	--