

## 保险合同变更申请书

保险合同号码		申请日期	
投保人姓名		被保险人姓名	
投保人联系电话 ★		被保险人联系电话 ★	
保全申请类型	<input type="checkbox"/> 客户亲办 <input type="checkbox"/> 委托他人办理    代办人(签名): _____ 保险代理人员工号: _____ <b>注: 1、委托他人办理请同时提供《授权委托书》及受托人有效身份证件。</b> <b>2、代办人为保险代理人员时, 请同时填写“保险代理人员工号”。</b>		
<b>填写说明: 请仔细阅读填写须知, 请用黑色水笔在变更项目前的“口”内打勾, 并正确填写申请内容。</b>			
01 <input type="checkbox"/> 联系方式变更	联系地址	省/自治区	市 区/县
	固定电话		移动电话
	如有同时变更的保单, 请列明:		
02 <input type="checkbox"/> 客户资料变更	<b>客户资料变更请勾选变更当事人类型, 并在以下对应项目中填写变更后信息:</b>		
<input type="checkbox"/> 投保人	姓名	出生日期	性别
<input type="checkbox"/> 被保险人	证件类型 <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他 _____	证件号码	
03 <input type="checkbox"/> 受益人变更	<b>受益人变更请勾选受益人类型, 并按以下格式要求列出变更后所有受益人信息:</b>		
<input type="checkbox"/> 身故受益人	姓名	性别	出生日期
<input type="checkbox"/> 生存受益人	证件类型	证件号码	与被保人关系
04 <input type="checkbox"/> 职业变更	<b>职业变更请勾选变更当事人类型, 并填写以下变更后信息:</b>		
<input type="checkbox"/> 投保人	新职业名称	新职业代码	新职业类别
<input type="checkbox"/> 被保险人			
05 <input type="checkbox"/> 续期交费方式变更	账户持有人姓名	开户银行网点名称	
	银行结算账号		
	<b>续期保险费转账支付授权须知</b>		
一、账户持有人须以投保人本人真实姓名开立结算账户, 并自愿授权本公司使用指定银行结算账户(以下简称授权账户)用于续期保险费转账扣款。 二、该授权账户中所扣交的续期保险费优先于其他任何用途的支付。 三、在续期保险费采用转账支付的方式下, 账户所有人应在保险费应交日前将足额保险费存至该授权账户中, 如在应交日前未将保险费存入账户, 投保人应在保单宽限期内通过其他方式交纳续期保险费。因授权账户错误、账户注销、账户金额不足或者授权账户不符合本公司对授权账户要求而导致转账不成功, 由此而产生的责任由投保人承担。			
06 <input type="checkbox"/> 签名变更	变更原因: _____ 投保人新签名样本: _____ 被保险人新签名样本: _____ <b>声明: 自即日起, 本人签名样本以本次变更签名样本为准。前所签署本合同相关文档, 承认其真实有效。</b>		
07 <input type="checkbox"/> 保单迁移	迁入机构: _____ <b>注: 保单迁移请同时填写“联系方式变更”与“续期收费方式变更”。</b>		
08 <input type="checkbox"/> 保单补发	补发类型: <input type="checkbox"/> 补发保单(需交纳10元工本费) <input type="checkbox"/> 电子保单首次换发纸质保单 <b>声明: 自保险合同补发之日起, 原保险合同自动作废。本次补发保单为第_____次补发。</b>		
09 <input type="checkbox"/> 合同复效	险种名称	是否主险	险种名称
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<b>注: 合同复效请同时填写《保单变更服务告知书》。</b>			
10 <input type="checkbox"/> 溢交退费	人民币(大写): _____ 佰 _____ 拾 _____ 万 _____ 仟 _____ 佰 _____ 拾 _____ 元 _____ 角 _____ 分		
11 <input type="checkbox"/> 保单还款	(小写): _____ 元		
12 <input type="checkbox"/> 追加保费			
13 <input type="checkbox"/> 账户领取			
14 <input type="checkbox"/> 减额交清			
15 <input type="checkbox"/> 自动垫交方式变更	<input type="checkbox"/> 同意保费自动垫交 <input type="checkbox"/> 不同意保费自动垫交		

16□交费频次变更	变更为： <input type="radio"/> 年交 <input type="radio"/> 半年交 <input type="radio"/> 季交 <input type="radio"/> 月交					
17□保额/保费变更	<b>变更类型：</b> <input type="radio"/> 保额 <input type="radio"/> 保费					
	险种名称	变更前的保额/保费			变更后的保额/保费	
<b>注：申请保额/保费增加请同时填写《保单变更服务告知书》。</b>						
18□新增附加险	险种名称	保额	保费/份数	交费年期	保险期限	解除短期附加险类型
19□解除附加险						<input type="radio"/> 退保 <input type="radio"/> 终止
<b>注：新增附加险请同时填写《保单变更服务告知书》。解除短期附加险请选择类型：选择“退保”为受理日解除；选择“终止”为本年度末解除，自下一保单年度起不再承保。</b>						
20□交费年期变更	变更后交费年限为_____年 或 交至_____岁 <b>注：只受理交费年期的缩短，且变更后需符合条款或产品规定。</b>					
21□生存金与红利	<b>选择“到期转账领取”、“银行转账领取”请同时填写“保险款项转账授权”。</b>					
	<input type="checkbox"/> 红利选择权变更 <input type="checkbox"/> 生存金选择权变更		<input type="checkbox"/> 红利领取 <input type="checkbox"/> 生存金领取			
	<input type="radio"/> 累积生息 <input type="radio"/> 抵缴保费 <input type="radio"/> 计入万能账户 <input type="radio"/> 到期柜面领取 <input checked="" type="radio"/> 到期转账领取★		<input type="radio"/> 银行转账领取★ <input type="radio"/> 计入万能账户(限附加万能险的分红型保单,可以切换账户) <input type="radio"/> 其他方式_____			
22□满期给付	保单是否交回	<input type="radio"/> 交回 <input type="radio"/> 遗失 (请同时出具保险合同遗失声明)				
23□补充告知	告知对象： <input type="radio"/> 投保人 <input type="radio"/> 被保险人 告知事项的起点时间：_____					
<b>注：补充告知请同时填写《保单变更服务告知书》。</b>						
24□其他						
<b>若本次保全产生补退费或申请生存金及红利到期自动转账领取时，请填写以下保险款项转账授权信息：</b>						
保险款项转账授权	账户持有人姓名				开户银行网点名称	
	银行结算账号					
	<b>保险款项转账收付授权客户须知</b> 一、 本人同意授权银行按照保险公司提供的金额将保险合同的保费、红利、年金、生存保险金等保险款项进行转账支付或领取。若本人对转账的保险款项有疑问时，应及时向保险公司查询。 二、 账户所有人须以本人真实姓名开立结算账户，并自愿授权本公司使用指定银行结算账户（以下简称授权账户）用于保险款项转账收付。 三、 如果因授权人提供的授权账户错误、账户注销、账户余额不足或者不符合本公司对授权账户的要求而导致转账不成功，本公司无须承担由此引起的责任。 四、 申请事项存在退费的，如果申请人提供的账户为他人所有，本公司视同申请人可以从该账户中取得该笔款项，由此引起的纠纷，由申请人自行承担。 五、 本公司不对该授权账户的失窃或冒领承担责任。					
<b>《保全变更申请书》填写须知</b>						
一、 请在您申请变更项目的“□”及选项“○”内打“✓”。 二、 您所申请的变更项目，经中国人寿保险股份有限公司（以下简称本公司）审核同意后生效，生效日期以批单所载日期为准。 三、 请保持申请书签名与留存于本公司的签名样本一致。为维护您的权益，请勿在空白申请书上签名。 四、 如果您填写了保险款项转账授权，请仔细阅读保险款项转账收付授权客户须知。						
<b>申请人声明和签名：1、本人已经仔细阅读并同意客户须知。2、客户信息使用声明：本人所提供的全部个人资料，仅限于中国人寿保险股份有限公司保全业务所需之用。中国人寿保险股份有限公司对本人的个人信息负有保密义务。</b>						
投保人签名		被保险人或其监护人签名			生存受益人或其监护人签名	
以下部分由公司受理人员填写：						
受理人员签章	受理日期 (年-月-日)		备注			