

保险合同变更申请书

保险合同号	0 0 0 0 4 6 8 2 0 0 1 0 5 0 8 8 8	申请日期	2016年 09 月 15 日						
申请资格人	<input checked="" type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 其他 _____		申请人姓名 <u>张三</u>						
证件类型	<input checked="" type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 港澳台居民往来内地通行证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其他 _____	证件号码	1 0 0 0 0 1 1 9 8 0 1 0 1 1 1 1 1 1						
申请类型	<input checked="" type="checkbox"/> 本人亲办 <input type="checkbox"/> 委托服务人员代办 <input type="checkbox"/> 委托他人代办 <input type="checkbox"/> 视频办理 <input type="checkbox"/> 其他 _____								
批单/函件/保单送达方式	<input type="checkbox"/> 自领 <input checked="" type="checkbox"/> 代理人转送 <input type="checkbox"/> 邮寄 <input type="checkbox"/> EMAIL _____								
一、变更项目和内容									
请选择客户资料或联系信息变更对象： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 身故受益人 * 身份资料或年龄性别更正后证件信息有变，请同时填写证件信息									
客户资料变更	<input type="checkbox"/> 身份资料变更	姓名	国籍	户籍所在地					
		婚姻状况	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离异 其他变更 _____						
		证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 港澳台居民往来内地通行证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其他 _____						
	<input type="checkbox"/> 年龄性别变更★	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	证件号码					
	出生日期	证件有效期至 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 长期							
	<input type="checkbox"/> 职业变更★	新职业	职业代码（公司填写）						
联系信息变更	<input type="checkbox"/> 手机	EMAIL							
	住宅电话	区号： _____ 电话： _____	办公电话	区号： _____ 电话： _____					
	家庭地址	_____ 省 _____ 市 _____ 区/县 _____ 邮编 _____							
	通讯地址	_____ 省 _____ 市 _____ 区/县 _____ 邮编 _____							
<input type="checkbox"/> 投保人变更★ * 变更后请同时变更续期交费账号	新投保人是 被保险人的	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 _____ * 请将新投保人的信息填在客户资料和联系信息变更区域内	变更原因 <input type="checkbox"/> 经济原因 <input type="checkbox"/> 原投保人身故 <input type="checkbox"/> 其他 _____						
<input type="checkbox"/> 续期交费信息变更★	* 具体账户信息填写本申请书第五项，户名须为投保人								
保全项目	<input checked="" type="checkbox"/> 退保★ <input type="checkbox"/> 犹豫期退保★ <input type="checkbox"/> 犹豫期内减保★ <input type="checkbox"/> 减保★ <input type="checkbox"/> 加保★ <input type="checkbox"/> 新增附加险★ <input type="checkbox"/> 终止附约 <input type="checkbox"/> 复效★ 若选择退保或犹豫期退保，请勾选申请原因： <input type="checkbox"/> 经济原因 <input type="checkbox"/> 不认可保险 <input checked="" type="checkbox"/> 家庭原因 <input type="checkbox"/> 险种不理想 <input type="checkbox"/> 服务不理想 <input type="checkbox"/> 出国移居								
请选择需要变更的险种： <input checked="" type="checkbox"/> 所有险种 <input type="checkbox"/> 部分险种（请列明险种明细）									
险种名称	险种代码	交费期限	份数	档次	保费	保额	保障期限		
<input type="checkbox"/> 身故受益人变更 * 相同受益顺序的受益比例之和必须为100%	姓名	性别	出生日期	证件类型	证件号码	证件有效期	是被保险人的	受益顺序	受益比例
			年 月 日						
			年 月 日						
			年 月 日						
<input type="checkbox"/> 年金领取★	领取金额（小写）： _____ 元		领取比例： _____						
<input type="checkbox"/> 生存金领取★	<input type="checkbox"/> 全部领取								
<input type="checkbox"/> 满期生存金领取★	<input type="checkbox"/> 全部领取								
<input type="checkbox"/> 生存金领取方式变更★	本次申请的生存金受益人姓名为 _____ 在以下选项中选择还未生成的生存金的领取方式： <input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 进入万能险账户 <input type="checkbox"/> 银行转账 <input type="checkbox"/> 其他 _____ * 如选择银行转账，请在“保险款项收付账号”处写详细账户信息，户名须为生存受益人或其监护人								

<input type="checkbox"/> 红利领取★	<input type="checkbox"/> 全部领取（小写）：_____元	<input type="checkbox"/> 部分领取金额（小写）：_____元
<input type="checkbox"/> 红利领取方式变更	<input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 现金领取 <input type="checkbox"/> 抵交保费 <input type="checkbox"/> 交清增额 *请填写健康财务告知书 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
<input type="checkbox"/> 自垫选择权变更	<input type="checkbox"/> 同意保险费自动垫交 <input type="checkbox"/> 取消保险费自动垫交	
<input type="checkbox"/> 部分领取（万能险）★	领取金额（小写）：_____元	
<input type="checkbox"/> 期交保险费变更（万能险）★	基本保险费 _____元 额外保险费 _____元	
<input type="checkbox"/> 追加保费（万能险）★	金额（小写）：_____元	
<input type="checkbox"/> 交费频率变更★	<input type="checkbox"/> 月交 <input type="checkbox"/> 季交 <input type="checkbox"/> 半年交 <input type="checkbox"/> 年交	
<input type="checkbox"/> 交费年期变更★	交费年期变更为：_____年	
<input type="checkbox"/> 补充告知★	告知对象： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人	
<input type="checkbox"/> 收付方式变更★	原收付款失败业务申请号：_____ 转账失败原因：_____	
<input type="checkbox"/> 签名变更	变更对象： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 其他被保险人或监护人_____	
原签名：_____	变更原因： <input type="checkbox"/> 签名风格变化 <input type="checkbox"/> 补签名 补签名单证： <input type="checkbox"/> 投保书 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
<input type="checkbox"/> 保单补发★	原因： <input type="checkbox"/> 公司内部原因 <input type="checkbox"/> 保单遗失补发 <input type="checkbox"/> 换发 <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 补发纸质保单 <input type="checkbox"/> 补发电子保单
<input type="checkbox"/> 保单冻结/解冻	<input type="checkbox"/> 保单挂失 原因： <input type="checkbox"/> 公司内部原因 <input type="checkbox"/> 保单遗失 <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 保单挂失解除
	<input type="checkbox"/> 保单冻结 原因：_____	<input type="checkbox"/> 保单解冻
<input type="checkbox"/> 续期保费回退★	金额（小写）：_____元 原因：_____	
其他 备注	<input type="checkbox"/> 保全项目：_____	

二、申请人声明

- 本人申请办理_____退保_____事项，确认该申请书中的各项声明和陈述完全属实无误，并同意变更的生效日以前海人寿保险股份有限公司出具的批单上的生效日为准，本申请书构成保险合同的一部分。
- 代办时请填写：本人同意授权委托_____办理上述变更事项，授权期间自____年____月____日至____年____月____日，由此产生的后果由本人自负。

三、申请书填写客户须知

- 您所申请的变更项目，经前海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；
- 请保持申请书签名与留存于本公司的签名样本一致。为了维护您的权益，请勿在空白申请书上签字；
- 如果您申请红利领取方式变更，业务办理结果以批单为准；
- 申请书中带有★的项目，代表可能涉及收/付费，请填写申请书第五项保险款项收付账号。

四、保险款项转账收付授权客户须知

- 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；
- 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；
- 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；
- 本公司不对该授权账户的失窃或冒领承担责任；
- 如您本次办理的业务涉及补费，则本次保全变更需扣款金额以批文中约定金额为准，本公司将在受理完成后十个工作日内从您的账户中划扣保费。

五、保险款项收付账号

户名：_____张三_____ 开户银行：_____中国农业_____银行 _____广东_____省 _____深圳_____市 _____蛇口_____支行

银行账号：6 2 2 8 4 8 0 1 2 0 6 6 5 4 1 2 3

六、申请人签名

投保人/原投保人签名： 张三	被保险人或其监护人签名：	其他被保险人或其监护人签名：	受益人或其监护人签名：	投保人变更后新投保人签名：
-----------------------	--------------	----------------	-------------	---------------

七、代办人填写

代办人签名：	证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____																		
	联系电话：_____	如为业务人员代办，请填写业务人员代码：_____																	

公司受理人员签名：_____

受理日期：_____年_____月_____日