

个人保险合同内容变更申请书（非收付费类）

保险合同号_____ 投保人_____ 被保险人_____ 申请日期_____年___月___日

申请书填写须知

1. 申请合同内容变更时，请随附保险合同，以便我公司予以批注。
2. 请在所选择项目前的“□”或“○”内打“√”，并用黑色钢笔或签字笔填写所需变更的内容。
3. 如申请变更之内容在本申请书项目中未列入，请在“18 其它保全申请”栏内详述；如有补充说明内容请在备注栏详述。
4. 为维护您的权益，请勿在空白申请书上签名。签名前，请您再次核对所填写的内容。
5. 您递交的申请书经我公司工作人员受理签名（章）后，即作为变更的依据。
6. 您递交的申请如果存在不符合我公司作业要求之处，我公司有权要求您补充材料或撤销不符合要求的作业申请，受理日从材料齐备时开始计算。

01 客户基本资料变更 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 其他被保险人	姓名_____，证件类型_____，证件号码_____； 居住地址_____，邮编_____； 联系地址_____，邮编_____； 固定电话_____，办公电话_____，移动电话_____； 是否同时变更名下所有保单相关信息： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否																																										
02 <input type="checkbox"/> 保单收费信息变更	保单收费地址_____，邮编_____； 固定电话_____，移动电话_____； 是否同时变更投保人名下所有保单相关信息： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否																																										
03 <input type="checkbox"/> 投保人变更	新投保人姓名_____，性别____，出生日期_____，证件类型_____，证件号码_____，职业代码及类别_____，工作内容_____，是被保险人的_____，联系地址_____，邮编_____，联系电话_____，移动电话_____。变更原因_____。新投保人签名_____，被保险人签名_____。 注：请同时变更续期缴费方式；如保险合同包含投保人豁免保费责任，请同时填写投保人客户告知书。																																										
04 身故受益人变更 <input type="checkbox"/> 增加 <input type="checkbox"/> 原受益人资料更正 <input type="checkbox"/> 更换受益人	受益人所对应的被保险人： <input type="radio"/> 被保险人 <input type="radio"/> 其他被保险人_____ <table border="1" data-bbox="419 1451 1487 1720"> <thead> <tr> <th>受益人姓名</th> <th>性别</th> <th>出生日期</th> <th>证件类型</th> <th>证件号码</th> <th>是被保险人的</th> <th>受益顺序</th> <th>受益比例</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="419 1597 1487 1720"> <thead> <tr> <th>受益人姓名</th> <th>监护人姓名</th> <th>性别</th> <th>出生日期</th> <th>证件类型</th> <th>证件号码</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	受益人姓名	性别	出生日期	证件类型	证件号码	是被保险人的	受益顺序	受益比例																	受益人姓名	监护人姓名	性别	出生日期	证件类型	证件号码												
受益人姓名	性别	出生日期	证件类型	证件号码	是被保险人的	受益顺序	受益比例																																				
受益人姓名	监护人姓名	性别	出生日期	证件类型	证件号码																																						
05 <input type="checkbox"/> 红利领取方式变更	<input type="radio"/> 现金领取 <input type="radio"/> 累积生息 <input type="radio"/> 抵交保费 <input type="radio"/> 交清增额（如选择此方式，请同时填写客户告知书。）																																										
06 <input type="checkbox"/> 续期缴费方式变更	<input type="radio"/> 现金 <input type="radio"/> 支票 <input type="radio"/> 银行转账（请填写以下账户信息及“保险款项自动转账授权书”。） 开户银行_____ 户名_____ 银行账号_____																																										
07 <input type="checkbox"/> 交费频率变更	<input type="radio"/> 年交 <input type="radio"/> 半年交																																										
08 签名变更 <input type="checkbox"/> 变更签名 <input type="checkbox"/> 补签名	变更对象： <input type="radio"/> 投保人 <input type="radio"/> 被保险人或其监护人 <input type="radio"/> 其他被保险人或其监护人 <input type="radio"/> 受益人或其监护人 变更原因： <input type="radio"/> 签名风格变化 <input type="radio"/> 代签名—— <input type="radio"/> 业务员代签名 <input type="radio"/> 非业务员代签名 新签名：_____（声明：1、今后凡涉及保险合同的一切签名，均以此样本为准；2、您的补签名视为完全认可原签名所确认的事实和行为。）																																										
09 <input type="checkbox"/> 自垫选择权变更	<input type="radio"/> 同意自动垫交保险费 <input type="radio"/> 合同中止——取消自动垫交保险费																																										
10 <input type="checkbox"/> 续保选择权变更	<input type="radio"/> 同意短期附加险自动续保 <input type="radio"/> 取消短期附加险自动续保																																										

