

保全变更申请书

申请类型： 亲访 委托业务员代办 委托他人代办 其他_____

请在变更之前仔细阅读下列的客户须知, 然后用黑色钢笔或黑色签字笔在变更项目前的口内打√, 并用正楷填写申请内容。

1. 为维护您的权益, 请勿在空白申请书上签名。
2. 如果您申请的变更项目与法律规定或者与保险合同约定不符, 则该申请项目无效。
3. 当您申请新增附加险时, 请确认您已认真阅读了新增保险产品的保险责任和犹豫期、合同解除、责任免除以及免赔额、免赔率、比例给付、等待期等免除或减轻本公司责任的条款, 并同意遵守条款约定。
4. 当您办理减额交清后, 保额相应减少, 本公司按减少后的保额承担相应保险责任, 减额交清后不可再恢复原保额。
5. 带“*”类项目须同时填写健康告知书。
6. 如保险合同投保人、被保险人或受益人非仅中国税收居民, 请同时填写《个人税收居民身份声明》。

| 保险合同号码/客户号 | | 投保人 | | 被保险人 | | 申请日期 | |
|---|---|-----------|------|---------|---|---------|------|
| 保险计划变更类 | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 犹豫期退保 <input type="checkbox"/> 退保 | <input type="checkbox"/> 整单申请 <input type="checkbox"/> 附加险申请 附加险名称: _____ | | | | | | |
| | 纸质发票是否回收: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (附遗失声明) (适用于犹豫期退保) | | | | | | |
| | 纸质合同是否回收: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (附遗失声明) | | | | | | |
| | 原因: <input type="checkbox"/> 经济原因 <input type="checkbox"/> 险种不合适 <input type="checkbox"/> 家人反对 <input type="checkbox"/> 其他投资 <input type="checkbox"/> 服务不满意 <input type="checkbox"/> 其他 | | | | | | |
| 与业务人员关系: <input type="checkbox"/> 主动投保 <input type="checkbox"/> 他人介绍 <input type="checkbox"/> 亲属 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 自保件 <input type="checkbox"/> 其他 | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 新增附加险* <input type="checkbox"/> 增加保额* <input type="checkbox"/> 减少保额 () <input type="checkbox"/> 续保选择权变更 | 险种简称 | 新保额/档次/份数 | 新保费 | 交费年限 | 是否自动续保 | | |
| | | | | | <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"/> 复效* | 本人完全理解并同意自恢复效力之日起重新计算等待期 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 复交 | 适用于处于自动垫交状态或期交保险费缓交状态的保险合同 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 减额交清 | 声明: 本人已仔细阅读并同意申请书客户须知减额交清内容 | | | | | | |
| 客户资料变更类 | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 客户联系方式变更 <input type="checkbox"/> 客户基本资料变更 <input type="checkbox"/> 客户重要资料变更 <input type="checkbox"/> 客户社保属性变更 <input type="checkbox"/> 投保人变更 <input type="checkbox"/> 职业类别变更 | 变更对象: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 | | | | | | |
| | 姓 名 | 性 别 | 出生日期 | 与被保险人关系 | | | |
| | 证件类型 | 有效证件号码 | | 证件有效期 | | | |
| | 是否享有社会医疗保险或公费医疗保障: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | |
| | 国 籍 | 户口所在地 | | 婚姻状况 | | | |
| | 工作单位 | | 职业名称 | | 职业代码 | | |
| | 通讯地址 | | | 邮政编码 | | | |
| | 住 址 | | | 邮政编码 | | | |
| | 移动电话 | | 固定电话 | 电子邮箱 | | | |
| | 账户名 | | 开户银行 | 账 号 | | | |
| <input type="checkbox"/> 保单迁移 | 迁入机构: _____ | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 受益人及受益人资料变更 | <input type="checkbox"/> 法定继承人 <input type="checkbox"/> 指定受益人 | | | | | | |
| | 姓名 | 性别 | 证件类型 | 证件号码 | 证件有效期 | 与被保险人关系 | 受益顺序 |
| | 受益比例 | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 增补告知 * | 变更对象: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 (请告知时间、内容作详细描述) | | | | | | |
| | 内容: _____ | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 交费频次变更 | <input type="checkbox"/> 月交 <input type="checkbox"/> 季交 <input type="checkbox"/> 半年交 <input type="checkbox"/> 年交 (变更后的频次符合保险合同条款要求) | | | | | | |

| 给付类 | | | | | |
|--|--|--|-----|-----------------------|------|
| <input type="checkbox"/> 生存金/满期金/年金领取 | 金额（大写）拾万仟佰拾元角分（小写）：¥元 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 年金领取频次变更 | <input type="checkbox"/> 按年领取 <input type="checkbox"/> 按月领取 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 年金领取年龄变更 | 开始领取年龄：周岁 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 生存金/满期金/年金领取方式变更 | 领取方式： <input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 转账授权 <input type="checkbox"/> 转入万能账户（保险合同号码_____） | | | | |
| | 开户城市 | | 开户行 | | |
| | 账户名 | | 账号 | | |
| <input type="checkbox"/> 红利领取 | 金额（大写）拾万仟佰拾元角分（小写）：¥元 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 红利领取方式变更 | 领取方式： <input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 转账授权 <input type="checkbox"/> 转入万能账户 | | | | |
| | 开户城市 | | 开户行 | | |
| | 账户名 | | 账号 | | |
| 服务类 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 交费信息变更 | 交费方式 | <input type="checkbox"/> 银行转账 <input type="checkbox"/> 其他方式 | | | 开户城市 |
| | 开户行 | | 账户名 | | 账号 |
| <input type="checkbox"/> 保单补发 | 原因： <input type="checkbox"/> 客户遗失 <input type="checkbox"/> 业务员遗失 <input type="checkbox"/> 其他_____ | | | | |
| | 1. 自保单补发之日起，原保单作废；2. 保单补发将收取工本费10元。 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 签名变更 | 变更对象： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 | 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"/> 投保单 <input type="checkbox"/> 回执 <input type="checkbox"/> 其他_____ | 补签名原因： <input type="checkbox"/> 业务员代签 <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 | | | | |
| 投资类 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 追加保险费 | 金额（大写）拾万仟佰拾元角分（小写）：¥元 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 部分领取 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 万能账户抵缴续期保费 | <input type="checkbox"/> 同意抵缴 <input type="checkbox"/> 取消抵缴 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 万能年金领取 | 领取频次： <input type="checkbox"/> 按年领取 <input type="checkbox"/> 按月领取 | | | 开户城市 | |
| | 开户银行 | | 账户名 | | 账号 |
| 收付费信息 | | | | | |
| 收付费方式 | 银行转账（原账户： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否） | | | 开户城市 | |
| 开户行 | | 账户名 | | 账号 | |
| 备注 | | | | | |
| | | | | | |
| 申请人声明与签名 | | | | | |
| <p>1. 本人已经仔细阅读并同意客户须知内容，申请变更上述所选择的项目。</p> <p>2. 本人保证以上填写的银行账户为本人所有，账户资料真实有效，并自愿授权贵公司使用以上账户进行各类保险款项的收付。如因本人提供的银行账户错误、账户注销、账户内余额不足或不符合贵公司对授权转账账户的要求而导致收付费不成功，贵公司无需承担由此引起的责任。本人同意贵公司不对账户的失窃或冒领负责。</p> <p>3. 签名变更客户声明：本人完全认可原签名所确认的事实、行为以及以往对贵公司的一切陈述和声明；今后凡涉及保险合同的一切签名均以此样本为准。</p> <p>4. 本人知晓并同意以上变更申请需经贵公司同意批准后生效，其生效日以贵公司批单文件所载为准。本人确认，本人在本变更申请书及其相关的各份问卷、文件中提供的信息，以及对贵公司的各项声明、陈述确实无误。本人知晓并同意，如因本人提供的信息、资料有误影响贵公司决定的，贵公司据此签发的任何合同或批单、批注文件均无效。</p> <p>5. 本人授权贵公司，除法律另有规定之外，将本人提供给贵公司的信息、享受贵公司服务产生的信息（包括本单证签署之前提供和产生的信息）以及贵公司查询、收集的信息，用于贵公司、贵公司之关联方，及其因服务必要委托的合作伙伴为本人提供服务、推荐产品、开展市场调查与信息数据分析。</p> | | | | | |
| 若委托业务员或他人代办请填写以下内容： | | | | | |
| 本人_____现委托_____（证件类型：_____证件号码：_____）前往贵公司办理该保单的上述申请事宜，本委托授权有效期为_____天。（委托日期同本申请书的申请日期） | | | | | |
| 委托人签名：_____ | | 日期：_____ | | | |
| 代办人签名：_____ | | 日期：_____ | | 联系电话：_____ 业务代码：_____ | |
| 投保人签名 | | 被保险人或其监护人签名 | | 新投保人签名 | |
| 联系电话：_____ | | 联系电话：_____ | | 联系电话：_____ | |
| 以下由公司受理人员填写 | | | | | |
| 受理人员 | | | 备注： | | |
| 受理日期 | | | | | |