



保险合同变更申请书

保单号：_____ 投保人：_____ 申请日期：____年__月__日

申请人声明：本人申请以下勾选的变更事项并认可所有申请事项，同时知晓申请事项须经贵公司批准后生效，其生效日以批准文件所载变更生效日为准。本人确认对贵公司提供的文件、各项声明完整准确，可成为贵公司签发保险合同或保险合同批注依据。如上述资料不属实因此影响贵公司决定是否承保或变更保险合同，则签发的保险合同或保险合同批注无效。

请您在申请变更项目前的或内打“√”，并在横线中填写所需变更的内容。

下述标*为涉及收付费项目，请同时填写账户信息。

<input type="checkbox"/> 客户信息变更	客户角色 <input type="radio"/> 投保人 <input type="radio"/> 被保险人	姓名/企业名称：_____ 证件类型：_____ 证件号码：_____ 性别： <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 出生日期：____年__月__日 投保人与被保险人关系： <input type="radio"/> 父母 <input type="radio"/> 配偶 <input type="radio"/> 子女 <input type="radio"/> 其他：_____
<input type="checkbox"/> 联系方式变更	通讯地址：_____ 邮政编码：_____ 电子邮箱：_____ 手机：_____ 固定电话：_____	
<input type="checkbox"/> 受益人变更 (须被保险人签字)	受益人姓名：_____ 与被保险人关系： <input type="radio"/> 父母 <input type="radio"/> 配偶 <input type="radio"/> 子女 <input type="radio"/> 其他：_____ 性别： <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 出生日期：____年__月__日 证件类型：_____ 证件号码：_____	
<input type="checkbox"/> 解除合同 *	解除合同原因： <input type="radio"/> 险种不符合需求 <input type="radio"/> 经济原因 <input type="radio"/> 其他：_____ 解除合同会有损失，请慎重选择。	
<input type="checkbox"/> 其他批改项目		
收付费账户信息 (标*的项目填写) 户名 (与投保人一致)：_____ 账号 (勿使用信用卡)：_____ 开户行 (精确到支行)：_____		
<p>为维护您的权益，请勿在未经您填写的空白申请书上签名。</p> 投保人/单位联系人签名：_____ 证件号码：_____ 联系电话：_____ 被保险人或其合法监护人签名：_____ 证件号码：_____ (变更受益人时需填写) 单位盖章：_____		
委托授权：(非投保人本人办理时填写) 本人全权委托_____代为办理本次保单变更的相关事宜，所产生的相关法律后果由本人承担。 代办人证件类型：_____ 代办人证件号码：_____ 代办人签名：_____ 投保人签名：_____		