



保险合同变更申请书 (收付费类)

*请您在申请变更项目前的□内打勾，并在横线上填写变更内容。

保险单号		申请人姓名						
合同内容变更类								
<input type="checkbox"/> 复效	复效注意事项： 1. 您申请的复效业务，经本公司审核同意承保且于保险费及其他费用清偿后，次日零时恢复保险合同效力； 2. 申请人需如实填写健康声明并同意公司调查保单所有被保险人相关的医疗记录及病历资料； 3. 复效的保单自复效核保通过并缴费成功之日生效，于保单停效期间内所发生的任何保险事故，不负给付保险金的责任；							
<input type="checkbox"/> 补行告知	告知对象：_____ 告知事项：_____ 事项起始时间：_____年____月____日							
<input type="checkbox"/> 补(换)保险单*	补发保单注意事项： 1、自保单补发之日起，原保险单作废； 2、本公司根据您的申请，根据您的提供的保单号补发相应保险合同文本一份，收取工本费 10 元。							
<input type="checkbox"/> 合同保额变更	<input type="checkbox"/> 增购后保额：_____元 <input type="checkbox"/> 减少后保额*：_____元 注意：增购保额后保单累计缴费超过 20 万元，需填写“投保人”、“被保险人”及“法定继承人以外的指定受益人”的客户信息识别表							
<input type="checkbox"/> 合同转换	<input type="checkbox"/> 社保身份变更为： <input type="checkbox"/> 有社保 <input type="checkbox"/> 无社保							
	<input type="checkbox"/> 险种转换：_____ 险种 转换为：_____ 险种							
	保险金项目	受益人姓名	性别	证件种类	证件号码	与被保人关系	受益顺位	受益比例
	身故保险金							
	满期保险金							
注意事项：险种转换后请根据保险金项目重新指定受益人。 注意：合同转换后保单累计缴费超过 20 万元，需填写“投保人”、“被保险人”及“法定继承人以外的指定受益人”的客户信息识别表								
<input type="checkbox"/> 附约新增	被保险人姓名：_____ 与投保人关系：_____ 证件种类：_____ 证件号码：_____ 出生日期：_____ 工种及职业类别：_____							
<input type="checkbox"/> 附约终止*	险种名称	险种代码	缴费年期	保额	保费			
注意：附约变更后保单累计缴费超过 20 万元，需填写“投保人”、“被保险人”及“法定继承人以外的指定受益人”的客户信息识别表								
<input type="checkbox"/> 万能险追加保费*	大写：__仟__佰__拾__万__仟__佰__拾__元整； 小写：_____元 注意：追加保费后保单累计缴费超过 20 万元，需填写“投保人”、“被保险人”及“法定继承人以外的指定受益人”的客户信息识别表							

本申请书请双面打印，单面打印无效 (1 / 2)

客户权益变更类

<input type="checkbox"/> 犹豫期合同解除*	<input type="checkbox"/> 整单解除 <input type="checkbox"/> 附加险解除 险种名称：_____
<input type="checkbox"/> 合同注销*	合同解除/注销原因：_____
<input type="checkbox"/> 退保*	*申请退保可能造成一定损失，投保人须同时填写保户权益说明书
<input type="checkbox"/> 生存金领取*	<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 红利 <input type="checkbox"/> 满期金（祝寿金）
	申请人姓名：_____ 性别：__ 出生日期 _____ 职业 _____ 国籍 _____ 联系电话（座机）：_____ 手机号码：_____ E-Mail：_____ 申请人住址：_____ 工作单位地址：_____ 经常居住地： <input type="checkbox"/> 与住址一致 <input type="checkbox"/> 其他地址：_____
<input type="checkbox"/> 万能险部分领取*	大写：__ 仟 佰 拾 万 仟 佰 拾 元 整； 小写：_____ 元
<input type="checkbox"/> 其他	

本次收/付费：

付费： 转账至指定账户（请填写账户信息）： 转账至一指通账户
 户名：_____ 开户行：_____ 账号：_____ 省份城市：_____

收费： 自动转账（需要有效的自动转账授权书） 人工缴费

收付费须知：

- 1、 收缴类银行转账仅支持目前仍有效的投保人自动转账授权账户，给付类银行转账仅支持投保人/受益人本人的一指通账户；
- 2、 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；本公司不对授权账户的失窃或冒领承担责任；
- 3、 如您本次办理的业务涉及收费，则本次保全变更需扣款金额以批单中约定金额为准，本公司将于核保完成后从您授权账户中扣划保费。

客户须知：

- 4、 本申请书若发生涂改或存在部分或者全部申请项目不符合法律规定或者保险合同规定，该申请项目无效。
- 5、 为维护您的权益，请勿在未经您填写的空白申请书上签名。签名前请核对新填写的内容，保全变更办理结果以批注为准。
- 6、 办理复效、新增附约、补行告知及合同转换的，需要提供健康声明书。
- 7、 申请变更保险合同内容均经本人确认，如有虚伪、不实或不尽的情况者，概由本人负责；
- 10、 办理有“★”标记的项目，仅需投保人签名；有“▲”标记的项目，仅需受益人签名；其他项目需投、被保险人同时签名。

申请人声明：

本人已阅读并理解相关须知及注意事项，本次申请_____共计_____项保全项目，并同意贵公司依此申请书办理上述变更事项。

投保人签名： _____

证件种类：_____ 证件号码：_____ 证件有效期：_____

留存联系电话：_____

被保险人签名： _____

证件种类 _____ 证件号码：_____ 证件有效期：_____

监护人签名：_____ 监护人关系：_____ 留存联系电话：_____

受益人签名： _____

证件种类 _____ 证件号码：_____ 证件有效期：_____

监护人签名：_____ 监护人关系：_____ 留存联系电话：_____

申请日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

若业务人员代为申请人办理，需验明身份，确由申请人亲自签章办理

业务员签名：_____ 业务员工号：_____

联系电话：_____

代办 临柜 受理日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 客服专员：_____ 服务中心主管：_____

本申请书请双面打印，单面打印无效（2/2）