



保险合同变更申请书 (非收付费类)

*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					
客户信息变更类							
<input type="checkbox"/> 客户资料变更 客户角色: <input type="checkbox"/> 投保人* <input type="checkbox"/> 被保险人 _____	<input type="checkbox"/> 个人资料变更						
	姓名: _____ 性别: _____ 出生日期: _____ 国籍: _____ 证件类型: _____ 证件号码: _____ 证件有效期: _____ 至 _____						
	<input type="checkbox"/> 职业类别变更						
	职业名称: _____ 职业类别: _____						
<input type="checkbox"/> 通讯地址变更*	<input type="checkbox"/> 联络信息变更						
	户籍地址: _____ 邮编: _____ 经常居住地 (<input type="checkbox"/> 同户籍地址): _____ 邮编: _____ 单位地址: _____ 邮编: _____ 移动电话: _____ 电子邮箱: _____ 固定电话: _____						
	_____ 邮编: _____						
	新投保人签名: _____ 与被保人关系: _____ 变更原因: _____ 新投保人与原投保人关系: _____						
<input type="checkbox"/> 投保人变更	投保人变更须知: 1、办理投保人变更请在客户资料变更项目填写新投保人所有相关信息，账单寄送地址若有变更请一并变更通讯地址。 2、办理投保人变更者，新投保人须无条件承受变更前本合同的权利及义务； 3、办理投保人变更者，如需办理终止转账，请填写终止转账授权书。						
	变更理由: _____ (不少于6个字)						
<input type="checkbox"/> 受益人变更 <input type="checkbox"/> 身故受益人 <input type="checkbox"/> 年金受益人 <input type="checkbox"/> 满期金受益人 <input type="checkbox"/> 其他: _____	受益人姓名	性别	证件类型	证件号码	与被保人关系	受益顺序	受益比例
<input type="checkbox"/> 签名变更	变更理由: _____ (不少于6个字)						
	投保人签名*: _____		被保险人签名: _____				
<input type="checkbox"/> 保单迁移	迁出机构: _____ 迁入机构: _____ 迁入后地址: _____ 联系电话: _____						
	*办理保单迁移后，我司会为您另行指派服务人员。						



0001

本申请书请双面打印，单面打印无效 (1/2)

陆家嘴国泰人寿官网: www.cathaylife.cn

服务热线: 4008869899

合同内容变更类

<input type="checkbox"/> 缴别变更*	<input type="checkbox"/> 年缴 <input type="checkbox"/> 半年缴 <input type="checkbox"/> 季缴 <input type="checkbox"/> 月缴
<input type="checkbox"/> 红利领取方式变更*	<input type="checkbox"/> 现金给付 <input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 抵缴保费
<input type="checkbox"/> 年金自动转账变更^ <input type="checkbox"/> 其他保单同时开通： (请填写保单号) _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> 开通 <input type="checkbox"/> 终止 受益人姓名：_____
	自动转账领取申请须知： 1.自动转账仅限保险金受益人申请开通，账户所有人须在本公司以本人真实姓名开立“一指通”账户，并自愿授权本公司使用授权账户用于各期生存金转账给付； 2.自动转账授权自申请人签署申请书后的次日零时起生效，长期有效，有效期至申请人终止授权时止。 自您成功申请后，本公司将在保险合同约定期限的生存保险金到期后的下一个转账给付日转账给付所有的生存金及已产生的利息； 3.如果被保人身故，投保人或被受益人应及时通知本公司停止支付生存金，且本公司有权追回已给付的被保人身故后到期的生存金。 4.请您提供常用银行卡用于生存金转账，若本公司已依申请人指示完成给付义务，但由于指定账户原因(包括但不限于指定账户被注销、扣押、冻结等)导致给付失败或相关损失，概由申请人自行承担，与本公司无关。
<input type="checkbox"/> 年金抵缴保费变更*	<input type="checkbox"/> 开通 <input type="checkbox"/> 终止
<input type="checkbox"/> 自动垫交变更*	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 取消
<input type="checkbox"/> 减额交清*	*本人已仔细阅读保险合同中减额缴清的条款约定及内容，并同意陆家嘴国泰人寿的业务规则。
<input type="checkbox"/> 其他变更	

客户须知：

1. 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。
2. 为维护您的权益，请勿在未经您填写的空白申请书上签名。
3. 签名前请再次核对新填写的内容，保全变更业务办理结果以批注为准。
4. 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；
5. 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。

(原)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

若业务人员代为投保人办理，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)

陆家嘴国泰人寿官网：www.cathaylife.cn 服务热线：4008869899