

个人寿险保险合同第二投保人变更申请书

保单号码 投保人: _____ 申请日期: 年 月 日

一、客户须知: 请仔细阅读下列客户须知,然后用黑色水笔在变更项目前的□内打√,并正楷填写变更内容。

1. 您所申请的变更项目,经利安人寿保险股份有限公司(以下简称本公司)审核同意后生效,生效日期以批单所载日期为准;如您需要批单,请至本公司领取。
2. 请保持申请书签名与留存于本公司的签名样本一致。为维护您的权益,请勿在空白申请书上签名。
3. 投保人身故后一年内且在保单合同满期前或效力终止前,第二投保人需至公司办理投保人变更,逾期未申请的视为放弃权利。
4. 保单已指定第二投保人,您如果申请保单投保人变更,原指定的第二投保人自动失效。
5. 第二投保人申请投保人变更时,申请时需符合投保规则,如果申请时不符,指定失效。
6. 第二投保人未办理投保人变更前,投保人及第二投保人死亡,按照正常保全规则,保单权益仍归属于原投保人的法定继承人。

二、变更项目和内容

<input type="checkbox"/> 指定第二投保人 <input type="checkbox"/> 撤销第二投保人 <input type="checkbox"/> 第二投保人信息变更	姓名				性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期: 年 月 日			
	证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他:				有效证件号码:				
	证件有效期: 年 月 日或 <input type="checkbox"/> 长期				是被保险人: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他:				
	是否有社保: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	国籍			户籍			婚姻状况	
	工作单位				职业			职业代码	
	手机			固定电话			电子邮箱		
	联系地址: _____ 省/直辖市 _____ 市 _____ 区/县 _____ 邮编: _____								
	家庭地址: _____ 省/直辖市 _____ 市 _____ 区/县 _____ 邮编: _____								

三、申请类型: 本人亲办

四、申请人声明和签名: 1、本人已经仔细阅读并同意客户须知内容; 2、以上申请内容是本人的真实意思表示,本人已确认无误,并授权利

安人寿向有关部门调查所提供的申请资料的真实性。

投保人签名: _____ 被保险人或其监护人签名 _____

第二投保人签名: _____

五、公司受理人员填写: 签名: _____ 受理日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 备注: _____