

个人寿险保险合同变更申请书（保险金信托及银行质押业务）

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。

二、变更项目和内容

1. <input type="checkbox"/> 受益人变更	法人名称					统一社会信用代码							
	2. <input type="checkbox"/> 受益人资料变更	证件有效期:	年	月	日至	年	月	日	受益顺序	受益比例	与被保人关系	其他	
	① <input type="checkbox"/> 生存受益人	公司地址					经营范围						
	② <input type="checkbox"/> 身故受益人	法定代表人					证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他:					
	(第1、2项需勾选此变更对象, 且银行质押业务时需填写非法人受益人信息)	证件号码					证件有效期:	年	月	日至	年	月	日
	其他应当识别的法人、其他组织和自然人信息:												
3. <input type="checkbox"/> 投保人变更	授权办理业务人员姓名					证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他:						
	证件号码					证件有效期:	年	月	日至	年	月	日	
	受益人姓名	性别	出生日期	证件类型	证件号码								
	国籍	职业	电话	联系地址									
	证件有效期	受益顺序	受益比例	是否授权	与被保人关系								
	受益人姓名	性别	出生日期	证件类型	证件号码								
	国籍	职业	电话	联系地址									
	证件有效期	受益顺序	受益比例	是否授权	与被保人关系								
声明: 投保人变更后的保险合同继续有效, 合同下的全部权利义务由原投保人转移至新投保人, 新投保人享有并承担与原投投保人相同的权利和义务													

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、本人确认和知晓本申请书所载上述变更事项只有经利安人寿保险股份有限公司（以下简称贵公司）同意批准后生效，且生效日以贵公司批注文件所载的批准变更生效日为准。
- 3、本人确认和承诺本申请书以及与本申请书有关的各份声明、承诺、问卷（若有）、文件（若有）均完全真实、准确、无误，并成为贵公司缮发保险合同以及保险合同批注的重要依据；若本申请书有关的各份声明、承诺、问卷、文件有任何不属实，且影响贵公司决定是否承保及做出其他相关保险决策，除法律另有规定外，则贵公司根据本申请书、与本申请书有关的各份声明、承诺、问卷、文件所缮发的任何保险合同、任何保险合同批注均为无效。
- 4、本人完全理解和知晓因签署及履行本申请以及贵公司根据本申请书而签发的与此对应的批注文件所产生的任何法律后果和责任均由本人自行承担，贵公司无需承担任何法律责任。
- 5、本人及被保险人同意，在本人与信托公司之间的信托关系设立期间，贵公司可将保险合同相关信息：本人及被保险人的个人信息以及保险单证等相关信息资料披露并提供给信托公司，由此导致的一切后果由本人及被保险人承担。
- 6、本人清楚理解，在保险金信托业务中，贵公司仅提供保险服务，信托服务系由本人选择的信托公司提供。贵公司无需对信托公司提供的服务承担任何责任。
- 7、本人已仔细阅读并知晓《隐私政策》（扫描底部二维码查看），已清晰地了解这些信息的收集目的、可能的用途等全部内容。且基于上述目的，本人授权贵公司依照其业务需要收集相关人员的个人信息并同意贵公司进行信息处理。



投保人签名： _____ 新投保人签章： _____

被保险人或其监护人签名： _____ 受益人或其监护人签名： _____

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

备注： _____