

个人寿险保险合同变更申请书

单证编码: 030026

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. 账户所有人须以本人真实姓名开立结算账户, 并自愿授权本公司使用指定银行结算账户(以下简称授权账户)用于保险款项转账收付。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。申请事项存在退费的, 若申请人提供的账户为他人所有, 本公司视同申请人可以从该账户中取得该笔款项, 由此引起的纠纷, 由申请人自行承担。
4. 转账收费类申请, 应在申请确认后15个自然日内完成交费, 否则本次申请将自动逾期终止。

二、补退费类

| 1. <input type="checkbox"/> 犹豫期退保 2. <input type="checkbox"/> 退保 | <input type="checkbox"/> 整单 (<input type="checkbox"/> 生存金领取授权: 投保人及生存受益人确认并同意; 若退保时本保单有未领取的生存金款项授权贵司随退保费一并转账支付至投保人的账户。) <input type="checkbox"/> 附加险(险种简称) _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-------|---------|---|------|--------|-------|-------|-------|-------|---|-------|-------|-------|-------|---|-------|-------|-------|-------|---|
| 3. <input type="checkbox"/> 加保 4. <input type="checkbox"/> 减保 5. <input type="checkbox"/> 新增附险 6. <input type="checkbox"/> 续保方式变更 | <table border="1"><thead><tr><th>险种简称</th><th>基本保额/份数</th><th>交费年期</th><th>保险期间</th><th>是否自动续保</th></tr></thead><tbody><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</td></tr></tbody></table> | 险种简称 | 基本保额/份数 | 交费年期 | 保险期间 | 是否自动续保 | _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 险种简称 | 基本保额/份数 | 交费年期 | 保险期间 | 是否自动续保 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. <input type="checkbox"/> 追加保费 8. <input type="checkbox"/> 部分领取 | 人民币(大写): _____ 仟 _____ 佰 _____ 拾 _____ 万 _____ 仟 _____ 佰 _____ 拾 _____ 元 _____ 角 _____ 分 (小写): ¥ _____ 元 账户名称: _____ 投资单位数: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. <input type="checkbox"/> 累积红利领取 10. <input type="checkbox"/> 生存金领取 | <input type="checkbox"/> 全部领取 <input type="checkbox"/> 部分领取 (选择全部领取时, 无需填写下方领取金额。) 人民币(大写): _____ 仟 _____ 佰 _____ 拾 _____ 万 _____ 仟 _____ 佰 _____ 拾 _____ 元 _____ 角 _____ 分 (小写): ¥ _____ 元 <input type="checkbox"/> 累积红利领取授权: 投保人及生存受益人确认并同意; 若满期时本保单有未领取的现金红利、特别红利、满期红利等款项均授权贵司随满期生存保险金一并转账支付至满期生存保险金受益人的账户。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. <input type="checkbox"/> 减额交清 | 保单办理减额交清后, 相关保险金额相应减少, 本公司按减少后的相关保险金额承担相应的保险责任。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. <input type="checkbox"/> 保单复效 | 短期附加险一旦停效不可随主险复效 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. <input type="checkbox"/> 保单补发 | 补发原因: <input type="checkbox"/> 客户丢失 <input type="checkbox"/> 客户污损 <input type="checkbox"/> 业务员丢失 <input type="checkbox"/> 业务员污损 <input type="checkbox"/> 客户要求重新出单 <input type="checkbox"/> 其他 备注: 1、原保单自补发之日起作废; 2、保单补发后同时解除保单挂失; 3、保单补发将收取工本费10元。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

三、其他类

| | |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> 客户资料变更 (包含客户重要资料变更及客户基本资料变更) | 变更对象: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 (第4、5、6项无需勾选变更对象) |
| 2. <input type="checkbox"/> 客户联系方式变更 | 姓名: _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
| 3. <input type="checkbox"/> 职业变更 | 证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他: _____ 有效证件号码: <input type="text"/> |
| 4. <input type="checkbox"/> 投保人变更 | 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: |
| 5. <input type="checkbox"/> 保单迁移 | 是否有社保: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 国籍: _____ 户籍: _____ 婚姻状况: _____ |
| 6. <input type="checkbox"/> 交费方式及账号变更 ① <input type="checkbox"/> 自交 ② <input type="checkbox"/> 转账 (第6项需勾选此交费方式) | 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: _____ 开户银行: _____ 结算账号: <input type="text"/> |
| 7. <input type="checkbox"/> 补充告知 | 补充对象: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 内容: _____ |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|-------|---|------|------|------|------|------|--------|--------|--|
| 8. <input type="checkbox"/> 受益人变更 | 姓名 | | 性别 | | 出生日期 | | 证件类型 | | 证件号码 | | |
| | 9. <input type="checkbox"/> 受益人资料变更 ① <input type="checkbox"/> 生存受益人 ② <input type="checkbox"/> 身故受益人 (第8、9项需勾选此变更对象) | 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 | |
| | 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 | | |
| 10. <input type="checkbox"/> 签名变更 | 变更对象: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人或其监护人 | | | | | | | | | | |
| | ① <input type="checkbox"/> 签名风格变化 | | 原签名: | | | | | | | | |
| | ② <input type="checkbox"/> 补签名 | | 补签名原因: <input type="checkbox"/> 业务员代签名 <input type="checkbox"/> 其他: | | | | | | | | |
| 11. <input type="checkbox"/> 红利领取方式变更 | <input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 抵交保费 | | | | | | | | | | |
| 12. <input type="checkbox"/> 生存金给付方式变更 | <input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 自动转账 (生存金领取方式为自动转账授权的, 授权有效期为自办理生效日次日起5年。) | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 累积红利领取授权: 投保人及生存受益人确认并同意: 若满期时本保单有未领取的现金红利、特别红利、满期红利等款项均授权贵司随满期生存保险金一并转账支付至满期生存保险金受益人的账户。 | | | | | | | | | | |
| | 账户所有人: | 开户银行: | 结算账号: | | | | | | | | |
| 13. <input type="checkbox"/> 其他 | | | | | | | | | | | |
| 关联保单号: | | | | | | | | | | | |

四、保险款项收付费方式: 银行转账 网银 其他:

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 原账户 | 开户银行: | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 其他账户 | 账户所有人姓名: | 结算账号: | | | | | | | | |

五、申请类型: 本人申请 委托服务人员代办 委托他人代办 内部转办

六、委托授权书:

本人全权委托_____ (身份证号码_____) 办理_____ 保全申请事项, 日后如有任何法律纠纷由委托人自行负责, 特此声明。

提示: 请您切勿盲目办理退保、部分领取等退费项目, 谨慎投资, 远离非法集资, 谨防经济损失。

七、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、新增附险客户声明: 本人已认真阅读和理解新增险种条款, 对条款内容特别是免除保险人责任的条款、合同解除条款均已了解并同意遵守。其它任何与本申请书各事项及保险条款不相符的解释、说明或书面承诺均无效。3、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。

投保人与被保险人关系: _____ 投保人与受益人关系: _____ 注: 涉及退费时, 须填写。

投保人签名: _____ 被保险人或其监护人签名: _____

新投保人签名: _____ 受益人或其监护人签名: _____

八、代办人/协办人填写:

签名: _____ 证件类型: _____ 证件号码: _____

业务代码: _____ 联系电话: _____

退保原因 (由公司填写): 经济原因 对产品不信任 对业务员不满 对公司服务不满 与客户需求不符 家人不同意 其他

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