



申请书条形码

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

□指定第二投保人 □撤销第二投保人 □第二投保人信息变更	姓名		性别： ☐ 男 ☐ 女	出生日期： 年 月 日																			
	证件类型： ☐ 身份证 ☐ 其他：			有效证件号码：																			
	证件有效期： 年 月 日或 ☐ 长期			是被保险人： ☐ 本人 ☐ 配偶 ☐ 父母 ☐ 子女 ☐ 其他：																			
	是否有社保： ☐ 是 ☐ 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、本人已经详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；3. 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: _____ 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：