

--

个人寿险保险合同变更申请书

保险单号

 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。
- 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。
 - 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。
 - 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。
 - 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、变更项目和内容

1. <input type="checkbox"/> 客户资料变更	变更对象: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 (第3、4、5项无需勾选变更对象)																																			
2. <input type="checkbox"/> 客户联系方式变更	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">姓 名</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 10%;">性 别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女</td> <td style="width: 15%;">出 生 日 期:</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">年</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">月</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">日</td> <td style="width: 10%;">是否授权</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>	姓 名		性 别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出 生 日 期:		年		月		日	是否授权																								
姓 名		性 别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出 生 日 期:		年		月		日	是否授权																										
3. <input type="checkbox"/> 投保人变更	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他:</td> <td style="width: 60%;">有效证件号码: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px;"></table></td> </tr> </table>	证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他:	有效证件号码: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px;"></table>																																	
证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他:	有效证件号码: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px;"></table>																																			
4. <input type="checkbox"/> 保单迁移	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">证件有效期: _____ 年 月 日或 <input type="checkbox"/> 长期</td> <td style="width: 60%;">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:</td> </tr> </table>	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:																																	
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"/> 交费方式及账号变更	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">是否有社保: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</td> <td style="width: 15%;">国 籍</td> <td style="width: 15%;">户 籍</td> <td style="width: 15%;">婚 姻 状 况</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>① <input type="checkbox"/> 自交</td> <td>工 作 单 位</td> <td>职 业</td> <td>职 业 代 码</td> <td></td> </tr> <tr> <td>② <input type="checkbox"/> 转账</td> <td>手 机</td> <td>固 定 电 话</td> <td>电 子 邮 箱</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">(第5项需勾选此交费方式)</td> </tr> <tr> <td colspan="5">联系地址: _____ 省/直辖市 _____ 市 _____ 市区/县 _____ 邮编: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="5">家庭地址: _____ 省/直辖市 _____ 市 _____ 市区/县 _____ 邮编: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="5">开户银行: _____ 结算账号: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px;"></table></td> </tr> </table>	是否有社保: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	国 籍	户 籍	婚 姻 状 况		① <input type="checkbox"/> 自交	工 作 单 位	职 业	职 业 代 码		② <input type="checkbox"/> 转账	手 机	固 定 电 话	电 子 邮 箱		(第5项需勾选此交费方式)					联系地址: _____ 省/直辖市 _____ 市 _____ 市区/县 _____ 邮编: _____					家庭地址: _____ 省/直辖市 _____ 市 _____ 市区/县 _____ 邮编: _____					开户银行: _____ 结算账号: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px;"></table>				
是否有社保: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	国 籍	户 籍	婚 姻 状 况																																	
① <input type="checkbox"/> 自交	工 作 单 位	职 业	职 业 代 码																																	
② <input type="checkbox"/> 转账	手 机	固 定 电 话	电 子 邮 箱																																	
(第5项需勾选此交费方式)																																				
联系地址: _____ 省/直辖市 _____ 市 _____ 市区/县 _____ 邮编: _____																																				
家庭地址: _____ 省/直辖市 _____ 市 _____ 市区/县 _____ 邮编: _____																																				
开户银行: _____ 结算账号: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px;"></table>																																				

关联保险单号:

6. <input type="checkbox"/> 受益人变更	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">姓 名</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 10%;">性 别</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 15%;">出 生 日 期</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 10%;">证 件 类 型</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">证 件 号 码</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>	姓 名		性 别		出 生 日 期		证 件 类 型		证 件 号 码																																																	
姓 名		性 别		出 生 日 期		证 件 类 型		证 件 号 码																																																			
7. <input type="checkbox"/> 受益人资料变更	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">国 籍</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 10%;">职 业</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 15%;">电 话</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 10%;">联 系 地 址</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>① <input type="checkbox"/> 生存受益人</td> <td>证 件 有 效 期</td> <td></td> <td>受 益 顺 序</td> <td></td> <td>受 益 比 例</td> <td></td> <td>是 否 授 权</td> <td></td> <td>与 被 保 人 关 系</td> </tr> <tr> <td>② <input type="checkbox"/> 身故受益人</td> <td>姓 名</td> <td></td> <td>性 别</td> <td></td> <td>出 生 日 期</td> <td></td> <td>证 件 类 型</td> <td></td> <td>证 件 号 码</td> </tr> <tr> <td colspan="10">(第6、7项需勾选此变更对象)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>国 籍</td> <td></td> <td>职 业</td> <td></td> <td>电 话</td> <td></td> <td>联 系 地 址</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>证 件 有 效 期</td> <td></td> <td>受 益 顺 序</td> <td></td> <td>受 益 比 例</td> <td></td> <td>是 否 授 权</td> <td></td> <td>与 被 保 人 关 系</td> </tr> </table>	国 籍		职 业		电 话		联 系 地 址		① <input type="checkbox"/> 生存受益人	证 件 有 效 期		受 益 顺 序		受 益 比 例		是 否 授 权		与 被 保 人 关 系	② <input type="checkbox"/> 身故受益人	姓 名		性 别		出 生 日 期		证 件 类 型		证 件 号 码	(第6、7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
国 籍		职 业		电 话		联 系 地 址																																																					
① <input type="checkbox"/> 生存受益人	证 件 有 效 期		受 益 顺 序		受 益 比 例		是 否 授 权		与 被 保 人 关 系																																																		
② <input type="checkbox"/> 身故受益人	姓 名		性 别		出 生 日 期		证 件 类 型		证 件 号 码																																																		
(第6、7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																																																		
8. <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: _____																																																										
9. <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: _____																																																										
10. <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。																																																										
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。																																																										

