中国人寿保险股份有限公司
China Life Insurance Company Limited

30860000000000000

被保险人变更申请清单（普通类）

☐ 被保险人信息变更　☐ 增加被保险人　☐ 减少被保险人　☐ 增加/☐ 减少险种　☐ 续期交费　☐ 增加/☐ 减少保险金额
☐ 组间转移　☐ 同期增减被保险人（适用于短期险，投保时有约定方可办理）　☐ 属组信息变更（☐新增责任组 ☐组间转移）　共　页，第　页。

保险合同号		投保人		申请日期	年　月　日
险种1		险种2		险种3	

个人编号	被保险人姓名	连带被保险人姓名	工号	性别	出生日期	证件类别	证件号码	职业代码	是否有医保	原属组	新属组	险种1		险种2		险种3		受益人	被保险人签名	备注
												保险金额	保险费	保险金额	保险费	保险金额	保险费			

本页合计人数：　　人；　　本页合计金额：　　元

提示：1．本清单每次只能选择一种保全项目。
2．“个人编号”栏应填写保险合同所附的“被保险人清单”上的被保险人个人编号。若申请增加被保险人，“个人编号”无需填写。
3．对于指定的生效日期和同期增减人人员变动等其他内容请在“备注”栏中注明。

声明：
投保人已仔细阅知、理解贵公司提示并同意遵守。谨以此申请书作为保险合同变更要约，并同意贵公司依此办理上述变更事项。

投保人(签章)：　　联系人：　　联系电话/手机：　　申请日期：　　年　月　日

保险公司处理意见：

受理人：　　受理日期：　　年　月　日　　作业流水号：

营业机构：　　业务员：　　代码：　　联系电话：

中国人寿保险股份有限公司
China Life Insurance Company Limited

☐ 受益人变更　　☐ 被保险人授权账户变更（☐授权 ☐变更 ☐终止）　　共　　页，第　　页。

保险合同号							投保人							申请日期	年　月　日	
个人编号	被保人姓名	连带被保险人姓名	性别	出生日期	证件名称	证件号码	受益人姓名	受益人与被保险人关系	受益顺序	受益份额	账户所有人	开户银行	银行账号	电子邮件	被保险人签名	备注

投保人(签章)：　　联系人：　　联系电话/手机：　　申请日期：　　年　月　日

保险公司处理意见：

受理人：　　受理日期：　　年　月　日