



个人保险合同变更申请书（非付费类）

公司提示： 请您用黑色钢笔或签字笔在变更项目前的□内打“√”，并在对应栏目内填写所需变更的内容，填写的内容不允许涂改，若发生涂改本申请无效。								
保险合同号	2010440100S93015432189		投保人	王一	申请日期	2011年3月1日		
变更项目	变更后内容							
<input type="checkbox"/> 客户信息变更 <input checked="" type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人	姓名：_____ 性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期 _____年____月____日 证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军人证 <input type="checkbox"/> 其它_____							
<input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 汇交人	证件号码 _____ 证件有效期至 _____年____月____日 职业名称：_____（代码：_____） 国籍：_____ 是否享有社会医疗保险或公费医疗保障： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
<input type="checkbox"/> 复效	通讯地址： <u>广东</u> 省/直辖市 <u>广州市</u> <u>越秀</u> 区/县 <u>八旗二马路40号300房</u> 邮编： <u>510110</u> 办公电话： <u>020-12345678</u> 家庭电话： <u>020-98765432</u> 手机： <u>13545678901</u> 电子邮件： <u>life@163.com</u> <input checked="" type="checkbox"/> 连带变更本人其他保险合同的联系方式。							
<input type="checkbox"/> 红利领取方式变更	声明： 1. 被保险人已按要求填写《补充告知问卷》，并如实告知健康状况； 2. 本人认可自恢复效力之日起重新计算除外责任期间； 3. 本人认可一年期险种及已停售附加险不能同时恢复效力。							
<input type="checkbox"/> 生存金领取方式变更	<input type="checkbox"/> 现金 <input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 抵交保费 <input type="checkbox"/> 购买交清增额保险 <input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 抵交保费 <input type="checkbox"/> 银行转账领取（选择此项请填写下栏账户信息）							
<input type="checkbox"/> 利差返还方式变更	<input type="checkbox"/> 续期交费账户 <input type="checkbox"/> 新开账户： 开户行：_____ 户名：_____ 账号：_____							
<input type="checkbox"/> 年金领取年龄变更	<input type="checkbox"/> 储存生息 <input type="checkbox"/> 抵交保费							
<input type="checkbox"/> 年金领取方式变更	<input type="checkbox"/> 50岁 <input type="checkbox"/> 55岁 <input type="checkbox"/> 60岁 <input type="checkbox"/> 65岁 <input type="checkbox"/> 其他：_____							
<input type="checkbox"/> 交费频次变更	<input type="checkbox"/> 一次性 <input type="checkbox"/> 年领 <input type="checkbox"/> 月领 <input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 递增 <input type="checkbox"/> 其他：_____							
<input type="checkbox"/> 连续投保方式变更	<input type="checkbox"/> 年交 <input type="checkbox"/> 半年交 <input type="checkbox"/> 季交 <input type="checkbox"/> 月交							
<input type="checkbox"/> 保额增加权益	<input type="checkbox"/> 申请连续投保 <input type="checkbox"/> 取消连续投保 提示：适用于短期保险。							
<input type="checkbox"/> 保险单补、换发 （保险单补发将收取10元工本费）	<input type="checkbox"/> 增加保额（小写）：_____元。 提示：适用于条款中具有相应责任的险种。							
<input type="checkbox"/> 身故保险金受益人 <input type="checkbox"/> 生存保险金受益人	<input type="checkbox"/> 保险单 <input type="checkbox"/> 保险单构件	申请补发原因： <input type="checkbox"/> 丢失 <input type="checkbox"/> 污损换发 声明：自新保险单补发之日起原保险单作废，日后因已作废的原保险单发生的任何纠纷，与贵公司无关。						
	受益顺序	姓名	性别	出生日期	证件名称	证件号码	是被保险人的	受益份额
<input type="checkbox"/> 保险关系转移	迁出机构：_____分公司_____支公司 迁入机构：_____分公司_____支公司 通讯地址（迁入后）：_____省/直辖市_____市_____区/县_____							
<input type="checkbox"/> 补充告知 <input type="checkbox"/> 特约变更	邮编：_____ 电子邮件：_____ 办公电话：_____ 家庭电话：_____ 手机：_____							
	<input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 注：被保险人补充告知须同时填写《补充告知问卷》。 内容：							

<input type="checkbox"/> 新增附加险 <input type="checkbox"/> 终止自动续保 <small>(终止附险只需填写险种名称)</small>	险种名称	保险金额	保险期间	交费期间	保险费	是否自动续保
付款方式： 同主险一致。若主险采取银行转账形式交付保险费，且投保人未作终止续保通知，附加险的连续投保保险费将在主险的付款账户上自动扣除。						
<input type="checkbox"/> 更换投保人 <small>(若保险合同有投保人连带保险责任事项时，请新投保人同时填写《补充告知问卷》)</small>	新投保人姓名：_____ 性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期_____年____月____日 证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军人证 <input type="checkbox"/> 其它_____ 证件号码_____ 证件有效期至_____年____月____日 职业名称：_____ (代码：_____) 国籍：_____ 新投保人与被保险人关系：_____ 电子邮件：_____ 通讯地址：_____省/直辖市_____市_____区/县_____ 邮编：_____ 办公电话：_____ - _____ 家庭电话：_____ - _____ 手机：_____ 付款信息 <input type="checkbox"/> 现金交费 <input type="checkbox"/> 转账交费 户名：_____ 开户行：_____ 账号：_____ 声明：本人同意中国人寿保险股份有限公司在本保单应缴费期间内将续期保费从以上账户划至中国人寿保险股份有限公司银行账户。该账户须以投保人姓名开立。 更换原因： _____ 新投保人签名： _____					
<input type="checkbox"/> 要约确认	确认对象：1 <input type="checkbox"/> 投保人 2 <input type="checkbox"/> 被保险人或其监护人 声明：本人已阅读保险条款、产品说明书和投保提示书，了解本产品的特点和保单利益的不确定性。 <input type="checkbox"/> 签名风格变化 <input type="checkbox"/> 补签名确认 补签名单证：1 <input type="checkbox"/> 投保单 2 <input type="checkbox"/> 其他_____原因：1 <input type="checkbox"/> 业务员代签 2 <input type="checkbox"/> 其他_____					
<input type="checkbox"/> 保险费垫交	<input type="checkbox"/> 同意保险费自动垫交 <input type="checkbox"/> 取消保险费自动垫交 <input type="checkbox"/> 垫交还款					
<input type="checkbox"/> 减额交清	声明：本人已详细阅读保险合同中减额缴清的条款约定及内容，并同意中国人寿保险股份有限公司关于选择减额缴清保险后的相关业务规则。					
<input type="checkbox"/> 权益转换	申请转换的险种： 声明：本人已详细阅读保险合同中权益转换条款约定及内容，并同意中国人寿保险股份有限公司关于权益转换处理的业务规则。					
<input type="checkbox"/> 其它变更项目						
保险款项收付形式	<input type="checkbox"/> 转账方式	<input type="checkbox"/> 续期交费账户 <input type="checkbox"/> 新开账户： 开户银行：_____户名：_____账号：_____ 声明：本人同意将以上账户作为本次保全申请与中国人寿保险股份有限公司的收支账户。				
	<input type="checkbox"/> 柜面收付	提示：仅限客户亲至并符合财务规则。				
提示：为维护您的权益，签名前请再次核对以上填写内容，请勿在空白申请书上签名。 声明： 本人已仔细阅知、理解贵公司提示并同意遵守。申请书共填写 <u>1</u> 项保全项目，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。						
投保人签名：王一			被保险人或其监护人签名：王小一			
若委托他人代办请填写以下内容： 现委托 <u>张如一</u> 先生/女士 (有效证件号码： <u>440100196505203333</u>) 前往贵公司办理有关本保单申请项下 <u>投保人信息</u> 变更事宜。本委托授权有效期为 <u>7</u> 天。(委托日期同本申请书的申请日期) 代办人与委托人关系： <input checked="" type="checkbox"/> 本公司服务人员 <input type="checkbox"/> 亲属 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其他_____						
委托人签名：王一			代办人签名：张如一			
委托人联系电话： <u>13545678901</u>			代办人联系电话： <u>15898765432</u>			
以下内容由工作人员填写						
处理意见： 受理人：_____ 受理日期：_____年____月____日 作业流水号：_____						