百年人寿 启行工程

百年人寿保险股份有限公司
AEON LIFE INSURANCE COMPANY, Ltd

保险合同变更申请书（客户信息及权益变更类）

保险合同号码：　　投保人姓名：＿＿＿＿＿＿申请日期：＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

1.请您在所申请事项前的“□”内打“✓”并使用黑色钢笔或签字笔用正楷清晰无误地填写所需要办理事项的内容，填写前请详细阅读申请书背面的须知内容。2.保险公司不得违规销售非保险金融产品，请勿参加非法集资。3.本人同意以提供的有效证件更新该证件类型的有效期。4.变更项目带“*”的，请同时填写健康、财务及其他告知。

本申请书中的事项由 □本人申请 □委托服务人员代办 □委托他人代办 □其他＿＿＿＿＿＿

1 □联系方式变更 □投保人 □被保险人＿＿＿＿ 2 □保单迁移 迁入机构名称及8位机构代码 ＿＿＿＿	通讯地址：＿＿＿省/直辖市＿＿＿市＿＿＿区/县＿＿＿＿＿＿＿＿ 邮编：＿＿＿＿ 手机号码：＿＿＿＿＿＿家庭电话：区号＿＿＿号码＿＿＿＿＿＿ 首选联系电话：□ 手机 □ 家庭电话 电子邮箱：＿＿＿＿＿＿ @ ＿＿＿＿＿＿ 新业务员代码： 新业务员姓名：＿＿＿＿＿＿ **（保单迁移需填写）**
3 □客户重要资料变更 □投保人 □被保险人＿＿＿＿	姓名：＿＿＿＿＿＿性别：□男 □女 出生日期：＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日 国籍：＿＿＿＿＿＿ 证件类型：□ 境内居民身份证 □ 其他证件＿＿＿＿ 证件有效期：＿＿＿年＿月＿日至＿＿＿年＿月＿日 / □长期 证件号码：
4 □投保人变更 * 请同时变更续期交费信息 5 □投保人资料变更 只填写发生变更的内容 6 □指定第二投保人 □指定 □重新指定 □删除 □信息变更	新投保人客户号：＿＿＿＿＿＿ **（新投保人若为本公司老客户，请核对当前信息与系统预留信息是否一致，如一致则无需填写下方客户信息内容。）** 投保人变更原因：□ 经济原因 □ 投保人身故 身故时间＿＿＿＿＿＿ □其他＿＿＿＿＿＿ 新投保人姓名：＿＿＿＿＿＿ 性别：□男 □女 出生日期：＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日 国籍：＿＿＿＿＿＿ 证件类型：□ 境内居民身份证 □ 其他证件＿＿＿＿ 证件号码： 证件有效期：＿＿＿年＿月＿日至＿＿＿年＿月＿日/□长期 是被保险人＿＿＿的：□本人 □配偶 □父母 □子女 □其他＿＿＿＿ 职业名称：＿＿＿＿职业代码：＿＿＿＿ 是被保险人＿＿＿的：□本人 □配偶 □父母 □子女 □其他＿＿＿＿ 通讯地址：＿＿＿省/直辖市＿＿＿市＿＿＿区/县＿＿＿＿＿＿＿＿ 邮政编码：＿＿＿＿ 手机号码：＿＿＿＿＿＿家庭电话：区号＿＿＿号码＿＿＿＿＿＿ 首选联系电话：□ 手机 □ 家庭电话 电子邮箱：＿＿＿＿＿＿ @ ＿＿＿＿＿＿
7 □受益人变更 对应的被保险人＿＿＿＿ 若变更受益人，请填写变更后的全部受益人信息；若仅变更受益人资料，请填写发生变更的内容。	请先确定受益人性质：□ 生存受益人 □ 身故受益人 □ 满期受益人 姓名 | 性别 | 出生日期 | 证件号码 | 证件类型 | 有效期限（起止日期） | 是被保险人的 | 受益顺序 | 受益比例 ＿＿ | ＿＿ | ＿＿ | ＿＿ | ＿＿ | ＿＿ | ＿＿ | ＿＿ | ＿＿% 国籍：＿＿ | 通讯地址：＿＿ | 联系电话：＿＿ | 职业名称及职业代码：＿＿ ＿＿ | ＿＿ | ＿＿ | ＿＿ | ＿＿ | ＿＿ | ＿＿ | ＿＿ | ＿＿% 国籍：＿＿ | 通讯地址：＿＿ | 联系电话：＿＿ | 职业名称及职业代码：＿＿ ＿＿ | ＿＿ | ＿＿ | ＿＿ | ＿＿ | ＿＿ | ＿＿ | ＿＿ | ＿＿% 国籍：＿＿ | 通讯地址：＿＿ | 联系电话：＿＿ | 职业名称及职业代码：＿＿
8 □签名变更 原签名＿＿＿＿	变更对象：□投保人 □被保险人或其监护人 □签名风格变化 | □补签名 补签名单证：□投保书 □其他＿＿＿＿ 原因：□业务员代签名 □其他＿＿＿＿
9 □交费信息变更	银行名称：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 账户姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 银行账号： 如您需同时变更名下的其他保单，请在空格中填写需同时变更的保单号码，保单号之间用“；”号区分：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
10□红利选择权变更	□累积生息 □抵交保费 □交清增额 □定期转账 □转入万能账户＿＿＿＿＿＿ 1.如果选择抵交保费，交费期满后抵交保费方式自动变更为累积生息方式；2. 定期转账领取仅支持转入到续期交费账户。
11□保单补发	申请补发的原因：□ 保单丢失 □ 保单污损 □ 其他＿＿＿＿＿＿
12□通知书寄送方式变更	□纸质信函 □电子信函 E-mail：＿＿＿＿＿＿ @ ＿＿＿＿＿＿
13□保单挂失或解挂	□保单解挂 □保单挂失 挂失原因：□客户丢失 □业务员丢失 □其他＿＿＿＿
14□其他：＿＿＿＿	

保险款项收付费方式及账户信息：

收付费方式：□ 银行转账 □ 网上支付 □ 银行交款单 □ 现金 □ 其他＿＿＿＿＿＿

银行名称：＿＿＿＿ 账户姓名：＿＿＿＿ 银行账号：

申请人及相关人签名：

投保人签名： 联系电话：	投保人变更后新投保人签名：	被保险人或其监护人签名： 联系电话： ※多被保险人请在此框内依次签名及填写联系电话
委托代办人签名： 联系电话：		受益人或其监护人签名： 联系电话：

□特殊件 公司受理人签名：＿＿＿＿＿＿ 受理日期：＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日 备注：＿＿＿＿＿＿

申请书填写客户须知

1．您所申请的变更项目，经百年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。如存在部分或全部申请项目不符合法律规定或保险合同约定，该申请项目无效。

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．如果您选择保险款项收付费方式为转账，请详细阅读保险款项转账收付费授权客户须知。

保险款项转账收付费授权客户须知

1．账户所有人须以申请资格人本人的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费。

2．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、账户未签约授权、账户为信用卡或者不符合本公司对授权账户的要求而导致转账不成功，本公司不承担由此引起的法律责任。

交费信息变更客户须知

1．账户所有人须以申请资格人本人的真实姓名开立结算账户，并授权开户银行和本公司从该账户划扣投保人的保单所需交付的各期保险费，账户所有人同意该结算账户中所扣交保险费优先于其他任何用途的支付。

2．账户所有人应在保险费应交日前将足额保险费存至该结算账户中，本公司将在应交日后60天内定期扣除当期保险费。

3．账户所有人保证此账户有足够的金额支付应交保险费，因账户内余额不足或其他非本公司原因导致转账不成功而引起的责任，概由投保人承担。

自垫选择权变更客户须知

1．如果您选择了保险费自动垫交，您在宽限期结束时若仍未交纳保险费，本公司将以保险合同的现金价值扣除您尚未偿还的各项欠款之后的余额自动垫交到期应交的保险费，保险合同继续有效。所垫交的保险费视同贷款，按条款或我公司约定计算利息。

2．自垫中的保单，如果恢复保单状态，需以保单还款的方式恢复保单效力;因自垫导致失效的保单，如果恢复保单状态，需以保单复效的方式恢复保单效力。

单证编码：FYY808401

版本：V5.0

版本时间：2025年12月