



保险合同变更申请书（核保及补退费类）

保险合同号码： 投保人姓名： 申请日期：年月日

1. 请您在所申请办理事项前的“□”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。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限。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 <input type="checkbox"/> 复效 *	险种选择： <input type="checkbox"/> 整单复效 <input type="checkbox"/> 仅复效主险 <input type="checkbox"/> 主险和部分附加险同时复效 复效须知：对除外责任条款及等待期的规定视同新合同承保，从复效生效日起重新计算。					
2 <input type="checkbox"/> 新增附加险 *	险种简称及代码	保额/份数	档次	交费期间	保险期间	是否自动续保
3 <input type="checkbox"/> 续保选择权变更 (续保选择权变更只需填写险种名称及代码和是否自动续保)						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如果您申请新增附加险，请选择确认生效类型： <input type="checkbox"/> 即时生效 <input type="checkbox"/> 周年日生效						
4 <input type="checkbox"/> 职业变更	<input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人	新职业： <input type="text"/> 职业代码： <input type="text"/>				
5 <input type="checkbox"/> 补充告知 * <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人	告知事项起点时间： <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 注：您勾选或填写的补充告知原因仅为您本人的主观表述，不代表本公司对该补充告知原因的事实确认。 告知原因： <input type="checkbox"/> 投保时未如实告知 <input type="checkbox"/> 保全项目中未如实告知 <input type="checkbox"/> 健康状况改善 <input type="checkbox"/> 变更或取消特别约定 <input type="checkbox"/> 其他					
6 <input type="checkbox"/> 加保	险种简称及代码	变更后的保额	变更后的保费	变更后的份数		
7 <input type="checkbox"/> 交费期间变更	险种名称： <input type="text"/> 交费年期变更为： <input type="text"/> 年 注：本项目只受理年期缩短的申请，且变更后的交费年期需符合条款约定。 险种名称： <input type="text"/> 交费年期变更为： <input type="text"/> 年 注：本项目只受理年期缩短的申请，且变更后的交费年期需符合条款约定。					
8 <input type="checkbox"/> 累积红利领取	人民币(大写)：__仟__佰__拾__万__仟__佰__拾__元__角__分，(小写)：¥ <input type="text"/> 元					
9 <input type="checkbox"/> 部分领取						
10 <input type="checkbox"/> 追加保费						
11 <input type="checkbox"/> 生存利益领取方式变更 <input type="checkbox"/> 生存保险金 <input type="checkbox"/> 满期保险金	本次申请的生存受益人姓名为： <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 抵交保费 <input type="checkbox"/> 定期转账 <input type="checkbox"/> 转入万能账户 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 自行领取 <input type="checkbox"/> 全部领取 <input type="checkbox"/> 部分领取 领取金额(小写)： <input type="text"/> 元 <input type="checkbox"/> 满期红利领取：仅适用于转账领取分红保险满期金的同时领取全部累积红利，需要投保人同时申请。					
12 <input type="checkbox"/> 交费频次变更	<input type="checkbox"/> 年交 <input type="checkbox"/> 半年交 <input type="checkbox"/> 季交 <input type="checkbox"/> 月交					
13 <input type="checkbox"/> 领取频次变更	<input type="checkbox"/> 年领 <input type="checkbox"/> 月领 <input type="checkbox"/> 一次性领取					
14 <input type="checkbox"/> 犹豫期退保	<input type="checkbox"/> 整单退保 <input type="checkbox"/> 附加险及险种代码 <input type="text"/> 退保 <input type="checkbox"/> 电子保单					
15 <input type="checkbox"/> 退保	减保险种及代码： <input type="text"/> 变更后的保额： <input type="text"/> 变更后的保费： <input type="text"/> 变更后的份数： <input type="text"/>					
16 <input type="checkbox"/> 减保	退保/减保 <input type="checkbox"/> 经济原因 <input type="checkbox"/> 险种不理想 <input type="checkbox"/> 人情投保 <input type="checkbox"/> 销售误导 <input type="checkbox"/> 理赔不满意 原因： <input type="checkbox"/> 客户补充告知拒保 <input type="checkbox"/> 出国移居 <input type="checkbox"/> 保险营销员自保件 <input type="checkbox"/> 服务不理想 <input type="checkbox"/> 其他					

保险款项收付方式及账户信息：

收付方式：银行转账 网上支付 银行交款单 现金 其他

开户银行： 账户姓名： 银行账号：

申请人及相关人签名：

投保人签名：	被保险人或其监护人签名：	受益人或其监护人签名：
联系电话：	联系电话：	
委托代办人签名：	证件类型： <input type="text"/> 有效证件号码： <input type="text"/>	
	联系电话： <input type="text"/> 营业单位： <input type="text"/> 业务员代码： <input type="text"/>	

特殊件 公司受理人签名： 受理日期：年月日 备注：

申请书填写须知

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。
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. 当您申请职业变更、补充告知时，我公司有权对变更对象的所有相关保单进行审核，请您配合在接到本公司通知后的15日内完成相关资料的补充、填写问卷等调查工作和确认新核保决定。

保险款项转账收付授权客户须知

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。
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。
3. 本公司不对该授权账户的失窃或冒领承担责任。

犹豫期退保、退保须知

对于解除保险合同，请仔细斟酌，因为保险合同解除对您来说有以下损失：

1. 合同解除后，您将失去保险保障。
2. 合同解除后，您所领取的退保金有可能比所交保费少。
3. 合同解除后，如果您想再次投保，保险公司要按新投保时实际年龄计算保费，年龄越大，保费可能越高。
4. 合同解除后，如果您想再次投保，保险公司要考虑您的身体状况，若身体状况不佳，将会提高保险费率或被拒保。

授权条款

为提供保险服务的需要，本人授权：贵司可通过知悉本人信息的机构查询与本人有关的全部信息（包括但不限于投保、承保、理赔、保全、医疗信息等）；贵司及与其具有必要合作关系的机构均可对上述信息进行合理的使用。为确保信息安全、贵司及其合作机构应采取有效措施并承担保密义务。