



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。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 <input type="checkbox"/> 联系方式变更 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 2 <input type="checkbox"/> 保单迁移 迁入机构名称及8位机构代码 _____	联系地址: _____ 省/直辖市 _____ 市 _____ 区/县 _____ 邮编: _____ 家庭地址: _____ 省/直辖市 _____ 市 _____ 区/县 _____ 邮编: _____ 手机: _____ 家庭电话: 区号 _____ 号码 _____ 办公电话: 区号 _____ 号码 _____ 分机 _____ E-mail: _____ @ _____ 首选联系电话: <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 家庭电话 <input type="checkbox"/> 办公电话 新业务员代码: _____ 新业务员姓名: _____ (保单迁移需填写)																																																															
3 <input type="checkbox"/> 客户重要资料变更 <input 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 国籍: _____ 证件类型: <input type="checkbox"/> 境内居民身份证 <input type="checkbox"/> 其他证件 _____ 证件有效期: _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日 证件号码: _____																																																															
4 <input type="checkbox"/> 投保人变更* 变更后请同时变更续期交费信息 5 <input type="checkbox"/> 投保人资料变更 只填写发生变更的内容	新投保人一保通号码: _____ (请核对新投保人客户信息, 如果正确无需填写下列信息。) 投保人变更原因: <input type="checkbox"/> 经济原因 <input type="checkbox"/> 投保人身故 身故时间 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____ 新投保人姓名: _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 国籍: _____ 证件类型: <input type="checkbox"/> 境内居民身份证 <input type="checkbox"/> 其他证件 _____ 证件号码: _____ 证件有效期: _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日 是被保险人的: <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 _____ 职业: _____ 职业代码: _____ 联系地址: _____ 省/直辖市 _____ 市 _____ 区/县 _____ 邮编: _____ 手机: _____ 家庭电话: 区号 _____ 号码 _____ 办公电话: 区号 _____ 号码 _____ 分机 _____ E-mail: _____ @ _____ 首选联系电话: <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 家庭电话 <input type="checkbox"/> 办公电话																																																															
6 <input type="checkbox"/> 受益人变更 填写变更后的全部受益人资料 7 <input type="checkbox"/> 受益人资料变更 仅填写发生变更的内容	请先确定受益人性质: <input type="checkbox"/> 生存受益人 <input type="checkbox"/> 身故受益人 <input type="checkbox"/> 满期受益人 <input type="checkbox"/> 信托受益人 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>姓名</th> <th>性别</th> <th>出生日期</th> <th>证件类型</th> <th>证件号码</th> <th>(有效期限)</th> <th>是被保险人的</th> <th>受益顺序</th> <th>受益比例</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> %</td> </tr> <tr> <td colspan="4">联系电话: _____</td> <td colspan="5">联系地址: _____</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> %</td> </tr> <tr> <td colspan="4">联系电话: _____</td> <td colspan="5">联系地址: _____</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> %</td> </tr> <tr> <td colspan="4">联系电话: _____</td> <td colspan="5">联系地址: _____</td> </tr> </tbody> </table>	姓名	性别	出生日期	证件类型	证件号码	(有效期限)	是被保险人的	受益顺序	受益比例									%	联系电话: _____				联系地址: _____													%	联系电话: _____				联系地址: _____													%	联系电话: _____				联系地址: _____				
姓名	性别	出生日期	证件类型	证件号码	(有效期限)	是被保险人的	受益顺序	受益比例																																																								
								%																																																								
联系电话: _____				联系地址: _____																																																												
								%																																																								
联系电话: _____				联系地址: _____																																																												
								%																																																								
联系电话: _____				联系地址: _____																																																												
8 <input type="checkbox"/> 签名变更 原签名 _____	变更对象: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人或其监护人 <input type="checkbox"/> 签名风格变化 <input type="checkbox"/> 补签名 补签名单证: <input type="checkbox"/> 投保书 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 原因: <input type="checkbox"/> 业务员代签名 <input type="checkbox"/> 其他 _____																																																															
9 <input type="checkbox"/> 交费信息变更	开户银行: _____ 账户姓名: _____ 结算账号: _____ 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 <input type="checkbox"/> 红利领取选择权变更	<input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 抵交保费 <input type="checkbox"/> 交清增额 <input type="checkbox"/> 定期转账 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 保单补发	申请补发的原因: <input type="checkbox"/> 保单丢失 <input type="checkbox"/> 保单污损 <input type="checkbox"/> 其他 _____																																																															
12 <input type="checkbox"/> 通知书寄送方式变更	<input type="checkbox"/> 纸质信函 <input type="checkbox"/> 电子信函 E-mail: _____ @ _____																																																															
13 <input type="checkbox"/> 保单挂失或解挂	<input type="checkbox"/> 保单解挂 <input type="checkbox"/> 保单挂失 挂失原因: <input type="checkbox"/> 客户丢失 <input type="checkbox"/> 业务员丢失 <input type="checkbox"/> 其他 _____																																																															
14 <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:	投保人变更后新投保人签名:	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: _____ 有效证件号码: _____		
	联系电话: _____ 营业单位: _____ 业务员代码: _____		

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

- 如果您申请变更的项目中，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。
- 除第1条规定的情形外，本申请书经百年人寿保险股份有限公司（以下简称本公司）加盖业务专用章后，即作为变更的依据。
- 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。
- 如果您申请客户重要资料变更、投保人变更，业务办理结果以批单为准。

保险款项转账收付授权客户须知

- 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。
- 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。
- 本公司不对该授权账户的失窃或冒领承担责任。

交费信息变更须知

- 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。
- 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。
- 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。

自动垫交选择权变更须知

- 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。
- 当现金价值扣除各项欠款后的余额不足以垫交一期保险费的，不予垫交。
- 第一次垫交的保险费起息日为宽限期满次日，如果您在下一保险费应交日前未偿还全部保险费和利息，本公司将继续自动垫交到期应交保险费，此次垫交保险费起息日为宽限期满次日。
- 本公司在给付各项保险金、保单红利、退还现金价值或返还保险费时，将从上述款项中扣除全部垫交保险费和利息。

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。