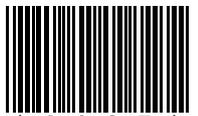




个人保险合同变更申请书 (非付费类)

<p>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。涉及保单号、姓名、性别、出生日期、证件类型、证件号码、证件有效期、保险金额、险种、金额、签字、委托信息、转账信息填写的内容不允许涂改，若发生涂改本申请无效。 您的信息将被妥善保护并仅用于为您办理指定业务时使用，同时银行账户也将作为您指定业务申请与中国人寿保险股份有限公司的收支账户。</p>						
申请资格人				申请日期	年 月 日	
涉及保单	保险合同/合同组号码		投保人	被保险人	投保被保险人关系	
变更项目		变更后内容				
□客户资料变更/客户信息确认	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"/> 户口簿 <input type="checkbox"/> 其它_____ 证件号码_____ 证件有效期至_____年____月____日 <input type="checkbox"/> 长期					
	职业名称: _____ (代码: _____) 国家/地区: _____ 工作单位: _____ 年收入: _____ 手机号码: _____ 通讯地址: _____ 省/直辖市 _____ 市 _____ 区/县_____ 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 其它: _____					
□保单复效	声明: 1. 被保险人已按要求填写《保单复效告知问卷》，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。					
□红利领取方式变更	<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					
□生存金领取方式变更	<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)					
	开户行:		户名:	账号:		
□养老金领取年龄变更	<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:					
□养老金领取方式变更	<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:					
□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					
□增加保险金额	增加保险金额 (小写): ¥ _____元。 提示: 适用于条款中具有相应责任的险种。					
□保单补发	<input type="checkbox"/> 柜面领取					
	□纸质保单	<input type="checkbox"/> 邮寄领取		收件人: _____ 手机号码: _____ 邮编: _____ 邮寄地址: _____ 省/直辖市 _____ 市 _____ 区/县_____		
		<input type="checkbox"/> 电子保单(电子邮箱: _____)				
声明: 自新保单补发之日起原保单作废, 日后因已作废的原保单发生的任何纠纷, 与贵公司无关。						
□身故保险金受益人	受益顺序:	姓 名	证件名称	证件号码	是被保险人的	受益份额
□生存保险金受益人						
□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。 摘抄:						
□签名风格变化			□补签名确认			



* 3 0 9 7 *

<input type="checkbox"/> 新增附加险 <input type="checkbox"/> 附加险终止续保 (附加险终止续保只 需填写险种名称)	险种名称	保险金额	保险期间	交费金额	保险费
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,附加险的续期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	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"/> 其它 _____ 证件号码 _____ 证件有效期至 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 长期 职业名称: _____ (代码: _____) 国家/地区: _____ 新投保人与被保险人关系: _____ 电子邮件: _____ 工作单位: _____ 身高(cm): _____ 体重(kg): _____ 年收入: _____ 婚姻状况: _____ 手机号码: _____ 通讯地址: _____ 省/直辖市 _____ 市 _____ 区/县 _____ 其它: _____ 续期交费账户授权信息 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交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: _____ 是否仅为中国税收居民: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 新投保人签名: _____				
<input type="checkbox"/> 减额交清	声明: 本人已详细阅读保险合同中减额交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交清保险后的相关业务规则。				
<input type="checkbox"/> 保单还款	<input type="checkbox"/> 全额还款 <input type="checkbox"/> 还息续借				
<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"/> 补充告知					
<input type="checkbox"/> 其它					
保险款项收付形式	<input type="checkbox"/> 转账方式 开户银行: _____ 户名: _____ 账号: _____ 此账户为 <input type="checkbox"/> 已使用账户 <input type="checkbox"/> 新开账户 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"/> 是否授权为续期交费账户(仅保单复效时勾选)				
	<input type="checkbox"/> 柜面收付 提示: 仅限客户亲至并符合财务规则。				
声明: 本人已仔细阅读、理解贵公司提示并同意遵守。申请书共填写 _____ 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。 请您认真阅读并理解下述条款,并请依据您本人意愿在下方选项中勾选您对下述条款的接受情况: 本人同意提供给中国人寿保险股份有限公司的信息,及本人享受中国人寿保险股份有限公司金融服务产生的信息(包括本单证签署之前提供和产生的),可用于中国人寿集团(指中国人寿保险(集团)公司及其直接或间接控股的公司)及因服务必要而委托的第三方为本人提供服务及推荐产品,法律禁止的除外,直到本人以书面方式撤销为止。中国人寿集团及其委托的第三方对上述信息负有保密义务。本条款自本单证签署时生效,具有独立法律效力,不受合同成立与否及效力状态变化的影响。 <input type="checkbox"/> 同意接受上述条款 <input type="checkbox"/> 不同意接受上述条款					
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					
投保人签名: _____		被保险人或其监护人签名: _____		账户所有人或其监护人签名: _____	
若委托他人代办请填写以下内容:					
现委托 _____ 先生/女士(有效证件号码: _____) 前往贵公司办理上述保单申请项下 _____ 变更事宜。本委托授权有效期为 _____ 天。(委托日期同本申请书的申请日期)					
受托人与委托人关系: <input type="checkbox"/> 保险公司服务人员 <input type="checkbox"/> 亲属 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其他 _____					
委托人签名: _____		委托人手机号码: _____		受托人签名: _____	
				受托人手机号码: _____	
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		业务申请号: _____	