



个人保险合同变更申请书 (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。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。

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	
客户资料变更/ 客户信息确认	姓名: _____ 性别: _____ 出生日期: _____ 证件类型: _____ 证件号码: _____ 证件有效期: _____ 国家/地区: _____ 职业: _____ 通讯地址: _____省/直辖市_____市_____区/县_____ 工作单位: _____ 手机号码: _____ 其它: _____				

申请项目

□投保人申请事项	<input type="checkbox"/> 红利 <input type="checkbox"/> 利差	
	<input type="checkbox"/> 主险减少保额	<input type="checkbox"/> 降低后保险金额: ¥_____元 <input type="checkbox"/> 降低后保险费: ¥_____元 提示: 减少主险保险金额时, 可同时申请减少附加险保险金额。若条款约定附加险合同保险金额等于主合同保险金额时, 主险与专属附加险的基本保险金额必须等额减少。
	<input type="checkbox"/> 附加险减少保额	险种: _____ <input type="checkbox"/> 降低后保险金额: ¥_____元 <input type="checkbox"/> 降低后保险费: ¥_____元 险种: _____ <input type="checkbox"/> 降低后保险金额: ¥_____元 <input type="checkbox"/> 降低后保险费: ¥_____元 险种: _____ <input type="checkbox"/> 降低后保险金额: ¥_____元 <input type="checkbox"/> 降低后保险费: ¥_____元
	提示: 1. 减少保险金额后保险合同基本保险金额随之变更, 保险责任以合同所载为准, 除由本公司经正式程序修改批准内容外, 其它任何人口头及书面陈述、报告或合约, 本公司无需负责。 2. 减少保险金额仅指对保险单所载明的保险金额作降低之变更, 保险费仍按原保险合同生效日的费率计算。	
□保险合同解除	申请原因: <input type="checkbox"/> 经济原因 <input type="checkbox"/> 险种不理想 <input type="checkbox"/> 服务不满意 <input type="checkbox"/> 出国移居 <input type="checkbox"/> 公司信誉 <input type="checkbox"/> 其它_____	
	<input type="checkbox"/> 犹豫期撤单 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 其它	<input type="checkbox"/> 保单遗失
	<input type="checkbox"/> 附加险撤单 <input type="checkbox"/> 附加险退保	险种: _____ 险种: _____ 险种: _____
提示: 1. 保险合同解除自我公司受理之日起终止。 2. 解除主险保险合同时, 其所附附加险合同同时解除。		

□被保险人申请事项	<input type="checkbox"/> 生存金 <input type="checkbox"/> 满期金 <input type="checkbox"/> 养老金
	养老金领取方式: <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 注: 领取前未确定养老金领取方式的, 请填写本栏。
	合同约定领取金额: ¥_____元      合同约定领取日期: _____年 月 日
	提示: 满期给付申请时, 若您未交回保险合同原件的, 保险合同原件在本公司实付满期金之日起作废。



\* 3 0 9 8 \*

<input type="checkbox"/> 其它			
<b>领款形式选择</b>			
<input type="checkbox"/> 银行账户	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		
	<b>如使用账户非申请资格人本人账户，请填写账户所有人信息：</b> 与申请人关系： <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 监护人 <input type="checkbox"/> 其它_____ 性别：_____ 出生日期：_____ 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 国家/地区：_____ 职业：_____ 通讯地址：_____省/直辖市_____市_____区/县_____ 工作单位：_____ 手机号码：_____		
	以后各次同一款项给付是否转入此账户？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 注：如选择“是”我公司将在合同约定领取日期后7日内将申领款项转入您指定的转账账户。若您更换转账账户，请在下期领取日前一个月申请变更。		
	<b>公司提示：</b> 1. 如果因授权人提供的授权账户错误、账户注销或者不符合本公司对授权账户的要求而导致转账不成功，本公司无须承担由此引起的责任。 2. 本公司不对该授权账户的失窃或冒领承担责任。		
	<input type="checkbox"/> 转投保 <input type="checkbox"/> 转保新险种 投保单号：_____ <input type="checkbox"/> 转交续期保费 转入保单号：_____		
<input type="checkbox"/> 柜面收付费方式 注：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上述条款的接受情况：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			
<b>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</b>			
申请资格人或其监护人签名：	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：
<b>委托代办须知：</b> 1. 以现金方式领取款项的本公司不受理委托代办。 2. 委托代办须提供委托人、受托人手机号，款项所有人身份证明、银行存折（卡）复印件。 3. 委托形式代办领款类业务，账户所有人须为款项所有人，未成年人可为其法定监护人账户。单笔付费金额超过人民币30万元，本公司不受理委托代办。			
<b>以下内容由工作人员填写</b>			
处理意见：			
受理人：_____ 受理日期：_____年____月____日 业务申请号：_____			