

保险合同内容变更申请书 (普通类)

- 银行保险
- 经代
- 代理人
- 直销营销

保险合同编号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

为了维护您的权益，请勿在未经您填写的空白申请书上签名。签名前请再次核对您填写的内容。所有保险责任以合同所载为准，除由本公司经正式程序更改或批注之内容外，其他任何人的口头及书面陈述、报告或合约，本公司无需负责。

*标注的变更项目，请同时提供合同正本

编号: POS/F0001

<input type="checkbox"/> A01 更改健康资料	变更对象	<input type="radio"/> a 主被保险人 <input type="radio"/> b 次被保险人 <input type="radio"/> c 投保人 请同时填写《健康与告知声明书》及提供相关病历或检验报告			
	变更内容	<input type="radio"/> 健康资料 <input type="radio"/> 取消额外加费 <input type="radio"/> 取消不承保事项			
<input type="checkbox"/> A02 复效 请同时填写《健康与告知声明书》	自我公司收到申请书及款项并核准之日零时起，恢复本合同效力。若本次申请时，您、被保险人未履行如实告知义务，足以影响我公司决定是否同意承保或提高保险费率的，则本次申请无效。				
<input type="checkbox"/> *A03 变更主合同计划、 缴费期限、保障期限 <input type="checkbox"/> A06 降低主合同 基本保险金额 <input type="checkbox"/> *A07 增加主合同 基本保险金额	变 更 前	主合同名称 基本保险金额或份数 缴费期限 保险期间	变 更 后	主合同名称 基本保险金额或份数 缴费期限 保险期间	
<input type="checkbox"/> A04 取消附加合同 <input type="checkbox"/> A05 新增附加合同 <input type="checkbox"/> A10 降低附加合同 基本保险金额 <input type="checkbox"/> A11 增加附加合同 基本保险金额 勾选变更代码A03、A07、 A05、A11，请同时填写 《健康与告知声明书》	附加合同名称		变更后基本保险金额/份数	缴费期限	保险期间
<input type="checkbox"/> A08 变更保险费缴付方式	<input type="radio"/> 年缴 <input type="radio"/> 半年缴 <input type="radio"/> 季缴 <input type="radio"/> 月缴				
<input type="checkbox"/> A09 更改职业/类别 请提供职业变更有效证明	<input type="radio"/> a 主被保险人 <input type="radio"/> b 次被保险人 <input type="radio"/> c 投保人	现职务 内容 现服务 单位名称	就职 日期 地址	职业 代码	
<input type="checkbox"/> *B00更正主被保险人资料 <input type="checkbox"/> *B01更正投保人资料 <input type="checkbox"/> B02更正受益人资料 <input type="checkbox"/> B12更正次被保险人资料 请提供更正者户口簿或有效 证件复印件	<input type="radio"/> a 姓名 <input type="radio"/> b 性别 <input type="radio"/> c 出生年月 <input type="radio"/> d 证件号码	姓 名 证 件 类 型 其 他 需 要 更 正 内 容	性 别 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 有 效 期 年 月 日 号 码 更 正 姓 名 后 新 签 名 样 本	出 生 日 期 年 月 日	

保险合同内容变更申请书2.3版本(2009012)



<input type="checkbox"/> B03 变更投保人 请提供新投保人有效证件复印件及重新授权新账号	新投保人声明: 本人自此项变更生效日起, 享有本保险合同下与投保人相关的权利, 并愿意履行相关义务 原投保人声明: 本人自此项变更生效日起, 放弃本保险合同下与投保人相关的权利					
	姓名	性别 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	证件类型	证件号码		
	与被保险人的关系	职业内容				职业代码
	通讯地址					
	邮政编码				新投保人签名样本	
<input type="checkbox"/> *B04 变更签名 <input type="radio"/> a投保人 <input type="radio"/> b主被保险人 <input type="radio"/> c次被保险人 请提供变更签名人的有效证件复印件	本人在此郑重声明: 本人以往对贵公司的一切陈述和声明均为本人真实意愿表示且内容确实无误; 今后凡涉及上述保险合同的一切签名, 均按以下提供的签名样本为准。如因上述变更签名事项引起的任何纠纷包括诉讼及由此引起的一切责任和费用, 概由本人负责解决和承担, 与贵公司无涉。 签名样本变更为:					
	投保人		主被保险人		次被保险人	
<input type="checkbox"/> B05 变更受益人 若新受益人为法定继承人以外人, 则请递交受益人证件复印件。	<input type="radio"/> 身故保险金受益人			<input type="radio"/> 生存保险金受益人 (2009年10月1日后生效的合同不接受变更)		
	受益人姓名	受益份额 / 比例	年龄	性别	与被保险人的关系	身份证件号码
	该保险合同所有受益人以此申请书所列为准。身故保险金受益人可接受指定为多人, 若身故保险金为多人未填写受益份额, 则上述受益人按照相等份额享有受益权; 生存金受益人仅接受一人受益。					
<input type="checkbox"/> B06 变更通讯地址联系方式 主合同为短期意外险、健康险, 若被保险人长期固定地址有变化, 则请同时填写《居住地问卷》	通讯地址				邮政编码	
	家庭电话			手机		
	工作电话			电子邮件地址		
	本公司按保险合同或保险合同批注所载的最后通讯地址所发送的通知均视为已送达投保人。					
<input type="checkbox"/> B07 保险费过期未付选择 适用有现金价值的长期主合同	<input type="radio"/> 自动垫缴保险费 <input type="radio"/> 减额缴清 <input type="radio"/> 中止合同					
	减额缴清保险自_____年____月____日开始(仅限当前缴费日)。若变更减额缴清后的基本保险金额低于本公司当时规定的最低基本保险金额时, 本合同效力中止。减额缴清生效后, 不再分配红利。附加合同若未缴清全部保险费则终止。					
<input type="checkbox"/> B08 变更生存金处理方式 <input type="checkbox"/> B09 变更保单红利处理方式	<input type="radio"/> 累积生息 <input type="radio"/> 现金领取 <input type="radio"/> 抵缴保险费 生存保险金受益人须为投保人, 方可申请抵缴保险费					
	<input type="radio"/> 累积生息 <input type="radio"/> 现金领取 <input type="radio"/> 抵缴保险费					
<input type="checkbox"/> B10 补发保险合同	补发保险合同包括保险条款、保险单、所附的投保单、批注等, 复印件或电子影印件与正本具有同等效力					
<input type="checkbox"/> B11 中止保险费自动转账	中止原因					(须注明原因)
<input type="checkbox"/> B13 自动申请续保选择 仅适用于一年期的保险产品	<input type="radio"/> 撤销自动续保		<input type="radio"/> 选择每年自动续保		<input type="radio"/> 使用原账号扣款 <input type="radio"/> 使用新账号扣款 使用新账号扣款请同时填写银行转账授权书	
	<input type="checkbox"/> D00 其他 (请详述)					

本变更涉及保险款项退费选择: 全额退还 留存公司用于支付下期保险费 (不享有利息)

投保人声明: 本人已收到本申请书上列明编号的保险合同正本, 理解保险责任和免除保险公司责任的条款。本次以上变更事项, 认同本申请书上与所申请变更事项相关的内容, 同时知晓申请事项须经贵公司同意批注后生效, 其生效日以贵公司批注文件所载的批准变更生效日为准。本保险合同内容变更申请书与本申请有关之各份问卷及资料, 对贵公司之各项声明, 陈述完全确实无误, 并成为贵公司发放保险合同或保险合同批注之依据, 如上述资料不属实并影响贵公司决定是否承保, 则任何根据此申请所发放之保险合同或保险合同批注无效。

投保人签名 _____ 被保险人签名 _____ 申请日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 须本人亲笔签名, 且与留存于本公司签名样本一致

银行、经代公司 _____ 寿险规划师 _____ 签名已核对
 营管处名称、寿险规划师代码 _____ 理财顾问签名 _____ 营运核对人 _____