

泰康人寿保险股份有限公司 保险合同变更申请书 (非简易版)

请您用黑色钢笔或签字笔在申请变更项目前的□或○内打“√”，并在横线中填写所需变更的内容，无需变更的在□或○打“×”，填写的内容不允许涂改，若发生涂改本申请无效。本公司将视为您已详细阅读并同意申请书背面的客户须知内容。

保险单号_____ 申请人_____ (角色选择: 投保人 被保险人 受益人) 申请日期_____年____月____日

声明: 本人申请以下勾选的变更事项, 并认同保险合同变更申请书上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准后生效, 其生效日以批注文件所载批准变更生效日为准。本人提交的本保险合同变更申请书及与本申请有关的文件及问卷, 对贵公司各项声明、陈述完全确实无误, 并且是贵公司缮发保险合同或保险合同批注依据。如上述资料不属实并影响贵公司决定是否承保, 则任何依据此申请书缮发的保险合同或保险合同批注无效。对于本人提出的保全申请, 若在收到贵公司通知需确认相关事项的30天内未做出答复, 此次申请将自动撤销。

2.1 <input type="checkbox"/> 客户信息变更 <input type="checkbox"/> 姓名证件 <input type="checkbox"/> 年龄性别 <input type="checkbox"/> 职业工种	客户角色 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 受益人	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"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其它_____ 证件号码_____ 证件有效期至_____至_____ 工作单位_____ 职业工种_____ (代码_____) 注: 年龄性别变更后若需重新补发保单, 客户须交纳制单费。										
2.2 <input type="checkbox"/> 生存金给付 <input type="checkbox"/> 满期金给付	受益人/受益人监护人姓名_____ 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_____至_____ 受益比例_____% 领取金额¥_____元											
2.3 <input type="checkbox"/> 生存金自动转账	生存受益人姓名(户名)_____ 开户银行_____ 银行账号_____	注: 生存金自动转账须提供生存受益人本人户名的账户。此次变更适用于生存金自动转账五期, 若超过五期要继续实现生存金自动转账, 须重新提交申请。										
2.4 <input type="checkbox"/> 红利领取	红利领取人(即投保人)申请领取本张保单已产生的所有红利及利息。											
2.5 <input type="checkbox"/> 万能险部分领取	部分领取金额_____万_____仟_____佰_____拾_____元(大写) (小写)¥_____元											
2.6 <input type="checkbox"/> 万能险额外投资	额外投资保险费_____万_____仟_____佰_____拾_____元(大写) (小写)¥_____元											
2.7 <input type="checkbox"/> 养老金领取	领取期间: <input type="checkbox"/> 一年 <input type="checkbox"/> 十年 <input type="checkbox"/> 二十年 <input type="checkbox"/> 其它_____ 领取频率: <input type="checkbox"/> 一次性领取 <input type="checkbox"/> 年领 <input type="checkbox"/> 月领 领取方式: <input type="checkbox"/> 现金领取 <input type="checkbox"/> 自动转账(户名)_____ 开户银行_____ 银行账号_____ 领取金额: ¥_____元 注: 仅限固定年期内领取的养老金申请自动转账											
2.8 <input type="checkbox"/> 投保人变更	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"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其它_____ 证件号码_____ 年收入_____万 证件有效期至_____至_____ 新投保人与被保险人关系_____ (单称) 工作单位_____ 职业工种_____ (代码_____) 原因_____ 通讯地址_____ 邮编_____ 移动电话_____ 固定电话(区号)_____—_____ 电子邮件_____ 付款信息 <input type="checkbox"/> 现金交费 <input type="checkbox"/> 转账交费(户名)_____ 开户银行_____ 银行账号_____ 声明: 本人同意泰康人寿保险股份有限公司在本保单应缴费期间内将续期保费从以上账户划至泰康人寿保险股份有限公司银行账户。 注: 若保险合同有投保人连带保险责任事项时, 请新投保人同时填写《健康告知书》。 原投保人签名: _____ 被保险人或其监护人签名: _____ 新投保人签名: _____											
2.9 <input type="checkbox"/> 保险计划变更 <input type="checkbox"/> 取消险种 <input type="checkbox"/> 减少保额 <input type="checkbox"/> 新增险种 <input type="checkbox"/> _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">被保险人</th> <th style="width: 20%;">险种名称</th> <th style="width: 20%;">新保险金额/档次/份数</th> <th style="width: 20%;">交费年限</th> <th style="width: 20%;">保险期间</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 50px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	被保险人	险种名称	新保险金额/档次/份数	交费年限	保险期间						注: 1、仅限犹豫期内可变更缴费期间。 2、新增险种或增加保额/档次, 请被保险人同时填写《健康告知书》。
被保险人	险种名称	新保险金额/档次/份数	交费年限	保险期间								



2.10□新增被保险人	姓名_____ 性别: <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 出生日期_____年__月__日 国籍_____	
	证件类型: <input type="radio"/> 身份证 <input type="radio"/> 护照 <input type="radio"/> 其它_____ 证件号码_____ 年收入_____万	
	证件有效期_____至_____ 投保人与新被保险人关系_____ (单称)	
	工作单位_____ 职业工种_____ (代码_____) 原因_____	
	通讯地址_____ 邮编_____	
	移动电话_____ 固定电话(区号)_____—_____ 电子邮件_____	
	注: 请该被保险人同时填写《健康告知书》, 并新增保险计划及受益人。	
2.11□复效	声明: 1、被保险人已按要求填写健康告知书, 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。	
2.12 保单迁移 <input type="checkbox"/> 保单迁出 <input type="checkbox"/> 保单迁入	迁出机构: _____分公司_____支公司 迁入机构: _____分公司_____支公司 (迁入后) 通讯地址: _____ 邮编_____	
	固定电话(区号)_____—_____ 移动电话_____	
2.13□保单及相关 通知书补发	<input type="radio"/> 保险单 <input type="radio"/> 其它通知书 <input type="radio"/> _____	申请补发原因: <input type="radio"/> 丢失 <input type="radio"/> 损坏 <input type="radio"/> 未收到 <input type="radio"/> 其它_____
	补发保单声明: 本次为本人第_____次申请补发保单。原保单自补发之日起作废, 日后因作废的保单发生的任何纠葛, 由本人负全部责任。	
2.14□解除合同	<input type="radio"/> 撤单 <input type="radio"/> 退保	申请解除合同原因: <input type="radio"/> 险种不满意 <input type="radio"/> 服务不满意 <input type="radio"/> 经济状况不好 <input type="radio"/> 资金周转 <input type="radio"/> 其它_____
	注: 投保人签收保险合同十日内要求解除合同的, 根据保险条款约定扣除相关费用后退还保险费。	
2.15□家庭保单拆分	<input type="radio"/> 保单一: 投保人_____ 被保险人_____, _____ <input type="radio"/> 保单二: 投保人_____ 被保险人_____, _____ <input type="radio"/> 保单三: 投保人_____ 被保险人_____, _____	
	注: 家庭保单拆分后的保单须满足家庭保单、个人寿险保单、健康险保单等的承保条件, 家庭保单拆分后重新制作的保单须交纳制单费。	
2.16□补充告知	补充告知对象: <input type="radio"/> 投保人 <input type="radio"/> 被保险人 补充告知原因: <input type="radio"/> 业务代表原因 <input type="radio"/> 个人原因 <input type="radio"/> 其他_____	
	内容: _____ 注: 被保险人须同时填写《健康告知书》。	
2.17□减额缴清	本人已仔细阅读保险合同中减额缴清的条款约定及内容并同意泰康人寿保险股份有限公司关于选择减额缴清保险后的相关的业务规则。	
2.18□其它保全项目		
若您申请办理的保全项目涉及财务收支, 请填写该保全项目的收支方式: <input type="checkbox"/> 柜台办理(仅限客户亲至并符合财务规则) <input type="checkbox"/> 自动转账 <input type="checkbox"/> 投保人续期缴费账户 <input type="checkbox"/> 户名_____ 开户银行_____ 银行账号_____		
声明: 本人同意将以上账户作为本次保全申请与泰康人寿保险股份有限公司的收支账户。		
若委托他人代办请填写以下内容: 委托人_____ (证件类型_____ 证件号码_____) 现委托_____ 先生/女士 (证件类型_____ 证件号码_____) 前往贵公司办理有关本保单申请项下_____ 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) 代办人与委托人关系: <input type="radio"/> 营销员 <input type="radio"/> 收费员 <input type="radio"/> 亲属 <input type="radio"/> 朋友		
委托人签名: _____ 代办人签名: _____ 联系电话: _____ 联系电话: _____		
为维护您的权益, 请勿在未经您填写的空白申请书上签名。签名前请再次核对新填写的内容, 一经签字确认为您同意对上述保单进行相应的变更处理。所有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。		
变更申请反馈方式选择: <input type="radio"/> 不需回复 <input type="radio"/> 短信回复 <input type="radio"/> 邮件回复 <input type="radio"/> 邮寄批单 <input type="radio"/> 其他_____		
投保人签名: _____ 被保险人或其监护人签名: _____ 生存受益人或其监护人签名: _____		
工作人员填写: 受理人签章: _____ 受理日期_____年__月__日		