

10 <input type="checkbox"/> 短期附加险终止	险种终止对象： <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 其他被保险人_____			
	终止险种名称：			
11 <input type="checkbox"/> 年金领取方式变更	根据合同条款变更年金领取方式为_____（开始领取年金后不受变更）			
12 <input type="checkbox"/> 年金领取年龄变更	根据合同条款变更年金领取年龄为_____（开始领取年金后不受变更）			
13 保单迁移 <input type="checkbox"/> 保单迁出 <input type="checkbox"/> 保单迁入	迁出机构：		迁入机构：	
	机构代码：	部门代码：	机构代码：	部门代码：
	迁入地联系地址： 省/自治区 市 县/区			
	邮编：	联系电话（建议手机）：		备用联系电话：
14 特别约定变更	<input type="checkbox"/> 特别约定 <input type="checkbox"/> 取消特别约定 特别约定内容：			
15 <input type="checkbox"/> 保单冻结或解除	<input type="checkbox"/> 保单冻结 <input type="checkbox"/> 保单冻结解除			
16 <input type="checkbox"/> 生存金累积生息				
17 <input type="checkbox"/> 其它保全申请				
* 备注				
请您选择款项给付方式： <input type="checkbox"/> 银行转账 <input type="checkbox"/> 支票 <input type="checkbox"/> 代理代收 <input type="checkbox"/> 网银 <input type="checkbox"/> 其它_____（注：网银方式需当地财务状况支持才能选择）				
注：如果您选择银行转账进行收付费，请签署“保险款项自动转账授权书”。				
保险款项自动转账授权书				
作为立授权书人即账户所有人(以下简称“授权人”), 兹对中国人民人寿保险股份有限公司(以下简称“人保寿险”)及被指定银行(以下简称“授权银行”)授权如下:				
1. 授权人以本人真实姓名开立银行结算账户, 并在本申请书中正确填写了授权银行、户名和授权账号。授权人自愿授权人保寿险使用该账户用于保险款项转账支付。				
2. 因授权人提供的账户信息错误、账户金额不足或者账户销户、冻结、挂失、不符合人保寿险对授权账户要求等原因造成转账不成功的, 人保寿险应当及时通知授权人; 授权人未能及时办理相关手续的, 应承担相应的责任, 人保寿险无需承担由此引起的责任。				
3. 授权人如因存折遗失等原因欲终止授权账户, 应及时到授权银行办理更换或终止手续并书面通知人保寿险。人保寿险对在收到前述书面通知前按规定划付至授权账户的款项视为已支付给授权人, 不对该授权账户的失窃或冒领承担责任。				
4. 本授权书为授权人同意人保寿险向其授权账户中支付保险款项的授权证明, 不作为收付现金的凭据。本授权书将持续有效直至出现以下任一情况时效力终止: 1) 人保寿险接受授权人终止授权申请 2) 授权账户终止/被冻结 3) 人保寿险不同意当次保全申请				
5. 任何对本授权的变更或者申请终止都应当由授权人签名确认, 变更授权应由授权人重新填写并签署授权书。				
注: 1. 授权账户必须是授权人本人账户。 2. 授权账户须为在授权银行开立的个人储蓄结算账户。 3. 若选择转账或变更授权账户, 需同时提供印有账户持有人姓名的账户复印件(存折或银行卡)。				
是否变更投保人名下其他保单相关信息: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如选择是, 请填写其他保单号码_____				
授权账户类型: <input type="checkbox"/> 保险费缴费账户 <input type="checkbox"/> 非保险费缴费账户				
授权账户信息: 开户银行: _____ 户名: _____ 银行账号: _____				
申请类型: <input type="checkbox"/> 本人申请 <input type="checkbox"/> 委托人保寿险服务人员代办 <input type="checkbox"/> 委托他人代办 <input type="checkbox"/> 其它 注: 如果您选择委托代办, 请同时签署“授权委托书”。				
授权委托书				
中国人民人寿保险股份有限公司(以下简称“人保寿险”):				
委托人_____ (证件名称_____ 证件号码_____) 委托受托人_____ (证件名称_____ 证件号码_____) 以委托人名义代为办理第_____项保险事宜。				
委托人声明: 1. 受托人在委托代办事项范围内代为填写、签署的有关文件和代为领取的有关资料、款项, 委托人均予确认, 相应的权利义务由委托人享有和承担;				
2. 委托人知晓并同意: 人保寿险仅对本委托书作形式审查, 对委托关系的客观真实性和因委托关系而发生的法律纠纷, 人保寿险不承担任何责任。本委托书自签署之日起生效, 至代办事宜完成后终止。				
受托人声明: 1. 受托人保证本委托书为授权人亲笔签名, 如有纠纷, 受托人自愿承担相应责任;				
2. 受托人在受托有效期及受托范围内代为办理委托事宜, 应严格遵循授权人的真实意愿, 如所实施的行为超出授权范围, 受托人自愿承担相应责任。				
特别说明: 1. 受托人在办理受托事项时, 必须同时提供其本人及委托人身份证件原件;				
2. 本委托书仅适用于可以委托代办的保全项目。				
请您在以下签名栏中签名及联系电话, 我公司将视为您已仔细阅读并同意申请书填写须知的内容。				
投保人签名:	被保险人或其监护人签名:	其他被保险人或其监护人签名:	受益人或其监护人签名:	受托人(如为我公司服务人员请同时填写业务代码)签名:
联系电话:	联系电话:	联系电话:	联系电话:	联系电话:
日期: 年 月 日	日期: 年 月 日	日期: 年 月 日	日期: 年 月 日	日期: 年 月 日
以下由我公司工作人员填写:				
受理意见:		受理人员签章:		受理日期: 年 月 日