



## 个人保险合同内容变更申请书（非收付费类）（2019.01版）

### 申请书填写须知

1. 请在所选择项目前的“□”内打“√”，并用黑色钢笔或签字笔填写，**申请书内容请勿涂改。**
2. **为维护您的权益，请勿在空白申请书上签名。**签名前，请您再次核对所填写的内容。您递交的申请书经我公司工作人员受理签名后，即作为变更的依据。
3. 您递交的申请如不符合我公司规定，我公司有权要求您补充材料，申请日期以材料齐备且由我公司柜面正式受理为准。
4. 如申请变更的内容在本申请书项目中未列入，请在“17 其它保全申请项目”栏内详述；如有补充说明内容请在备注栏详述。

保险合同号		投保人：	被保险人：
-------	--	------	-------

01 <input type="checkbox"/> 保单联系资料变更	手机号码（固话）	E-MAIL:
	联系地址：省/自治区 市 区/县 镇/乡	
	联系地址为： <input type="checkbox"/> 现/常住址 <input type="checkbox"/> 工作单位地址	邮编：同时变更名下所有保单信息： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

02 客户基本资料变更 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人	姓名：	国籍：	户籍：	被保险人是投保人的：
	证件类型：	证件有效期限： 年 月 日至 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期		
	证件号码			

03 <input type="checkbox"/> 投保人变更  (请同时选择变更续期缴费方式；如保险合同包含投保人豁免保费责任，请同时填写投保人客户告知书。)	新投保人姓名：	性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期：	新投保人是被保险人的：	
	国籍：	户籍：	工作内容：	职业代码（ <b>保险公司填写</b> ）：	
	证件类型：	证件有效期限： 年 月 日至 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期			
	证件号码				
	联系地址：省/自治区 市 区/县 镇/乡		是否接受短信服务： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	联系地址为： <input type="checkbox"/> 现/常住址 <input type="checkbox"/> 工作单位地址		邮编：	<b>新投保人签名：</b>	
	手机号码（固话）		E-MAIL:		

声明：本人同意承接本合同项下所有未偿还欠款及利息。

04 受益人资料/受益人变更 <input type="checkbox"/> 增加受益人 <input type="checkbox"/> 更换受益人 <input type="checkbox"/> 受益人资料变更	姓名	性别	证件类型	证件号码	证件有效期	受益人是被保险人的	受益顺序	受益比例
	出生日期		国籍	联系地址	联系电话	工作内容		
	姓名	性别	证件类型	证件号码	证件有效期	受益人是被保险人的	受益顺序	受益比例
	出生日期		国籍	联系地址	联系电话	工作内容		
	出生日期		国籍	联系地址	联系电话	工作内容		
	出生日期		国籍	联系地址	联系电话	工作内容		

05 <input type="checkbox"/> 保单交费方式变更	<input type="checkbox"/> 银行转账 <input type="checkbox"/> 其他 _____ (选择银行转账，请同时签署申请书背面的《保险款项自动转账授权书》)
	同时变更名下： <input type="checkbox"/> 所有保单 <input type="checkbox"/> 部分保单 (选择部分保单，请填写保险合同号)

06 <input type="checkbox"/> 交费频率变更	<input type="checkbox"/> 年交 <input type="checkbox"/> 半年交 <input type="checkbox"/> 季交 <input type="checkbox"/> 月交
------------------------------------	--

07 <input type="checkbox"/> 红利处理方式变更	<input type="checkbox"/> 现金领取 <input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 抵交保费 <input type="checkbox"/> 交清增额 (选择交清增额，请填写客户告知书)
--------------------------------------	---

08 <input type="checkbox"/> 短信服务变更	接受短信服务： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
------------------------------------	---

09 <input type="checkbox"/> 续保选择权变更	整单 <input type="checkbox"/> 自动续保/ <input type="checkbox"/> 取消自动续保 部分险种 <input type="checkbox"/> 自动续保/ <input type="checkbox"/> 取消自动续保 _____ (请填写险种名称)
-------------------------------------	---

10 签名变更 <input type="checkbox"/> 变更签名 <input type="checkbox"/> 补签名	变更对象： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人	变更原因： <input type="checkbox"/> 签名风格变化 <input type="checkbox"/> 业务员代签名 <input type="checkbox"/> 非业务员代签名
	声明：本人完全认可投保单、保险合同变更资料等所有已向贵公司提供的含有本人签名的申请书、问卷，文件中的所有陈述和告知事项的内容真实、准确、完整。今后凡涉及本保险合同的一切签名，均以此次签名样本为准。	
	投保人签名： _____ 被保险人（或其监护人）签名： _____	

<input type="checkbox"/> 补抄录风险提示语	投保人声明：对于所投保的分红保险、万能保险和投资连结保险等产品，本人已阅读保险条款、人身保险投保提示和产品说明书，了解本产品的特点和保单利益的不确定性。	
	_____	
	_____	

11 <input type="checkbox"/> 减额交清	减额交清后的基本保险金额以本合同申请时的现金价值作为一次交清保险费折算得出。分红型保险减额交清后不再参与红利分配。											
12 <input type="checkbox"/> 红利通知书/万能报告书接收方式变更	<input type="checkbox"/> 客户端(微信)下载 <input type="checkbox"/> E-MAIL <input type="checkbox"/> 纸质信函											
13 <input type="checkbox"/> 保单迁移	迁移后联系地址：                  省/自治区                  市                  区/县                  镇/乡											
	联系地址为： <input type="checkbox"/> 现/常住址 <input type="checkbox"/> 工作单位地址						是否迁移投保人名下所有保单： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
	手机号码(固话)									邮编：		
14 <input type="checkbox"/> 保费逾期未交方式变更	<input type="checkbox"/> 自动垫交 <input type="checkbox"/> 合同中止											
15 <input type="checkbox"/> 年金领取方式变更	变更年金领取方式为 _____ (开始领取年金后不得变更)											
16 <input type="checkbox"/> 年金领取年龄变更	变更年金领取年龄为 _____ (开始领取年金后不得变更)											
17 <input type="checkbox"/> 其它保全申请项目	变更内容：											
* 备注												

如果您选择银行转账方式进行收付费，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”)及中国人民银行认可的第三方支付结算机构(以下简称“第三方支付结算机构”)授权如下：

- 授权人以本人真实姓名开立银行结算账户，并在本授权书中正确填写了授权银行、户名、授权账号和在该银行预留的手机号码。授权人自愿授权人保寿险使用该账户用于保险款项转账收付，款项数据以人保寿险向授权银行或第三方支付结算机构提供的款项明细为准。
- 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。
- 授权账户将自动作为应支付给投保人款项的账户。如涉及生存保险金领取并且生存保险金受益人与投保人为同一人时，该账户也将作为接收生存保险金的账户。
- 授权人如因账户遗失等原因欲终止授权的，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。
- 本授权书为授权人同意人保寿险使用其授权账户收取和支付保险款项的授权证明，不作为收付费的凭据。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
- 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)授权账户账号须为在授权银行开立的个人结算账户(信用卡除外)所载的账号。

(3)若变更授权账户，须同时提供印有授权人账户姓名的账户复印件(存折或银行卡)及身份证复印件。

授权账户信息	开户银行				户名				银行预留手机号码									
	银行账号																	

### 客户信息使用授权声明

本人授权人保寿险、中国人保集团(是指中国人民保险集团股份有限公司及其作为控股股东、实际控制人的公司)、政府监管部门(含政府监管部门授权或指定机构)和本地保险行业协会可以从第三方就保险服务事宜查询、收集与本人相关的信息。在法律允许的范围内，本人同意将本人提供的信息、本人接受人保寿险保险服务产生的信息以及从第三方查询、收集的信息(包括本单证签署之前提供、查询收集和产生的)，用于人保寿险、人保集团及其因服务必要而委托的第三方，向本人提供服务、推介产品、开展市场调查与信息数据分析。本人同意上述机构向本人提供的手机号码发送保险服务短信提示。本人知悉人保寿险、人保集团及其委托的第三方对上述本人信息依法承担保密和信息安全义务。本授权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。本人如取消有关授权，可在“中国人民人寿E服务”微信服务号的相应服务办理。

申请类型：本人申请 委托人保寿险服务人员代办 委托他人代办 其他 \_\_\_\_\_ 如果您选择委托代办，请同时签署《授权委托书》。

请您在以下签名栏中签名，我公司将视为您已确认本申请书中所有填写内容均真实、准确、完整，且已仔细阅读并同意上述声明及授权。

投保人签名：	被保险人或其监护人签名：	受托人签名：
日期：          年      月      日	日期：          年      月      日	服务人员业务代码： 联系电话： 日期：          年      月      日

#### 合作渠道工作人员填写栏

银行受理人员签章：	银行网点名称：	受理日期： 年      月      日
-----------	---------	--------------------------

#### 保险公司填写栏

客户经理/保单服务人员(资料交接人)签名：	受理日期： 年      月      日
柜面受理人员签名：	受理意见： 受理日期： 年      月      日