

个人保险合同内容变更申请书（收付费类）（2021.09版）

申请书填写须知及风险提示

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. 收费类申请自您交清相关费用后自动生效。**若您在保全申请日期15日内未能交清相关费用，保全申请自动作废。**
5. 如申请变更的内容在本申请书项目中未列入，请在“20 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。
6. **我公司从未授权员工或委托他人销售基金、信托、理财产品等非保险产品，您的资金使用风险将由您自行承担，本公司不再承担一切责任。**

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

01 客户联系资料变更	手机号码（固话）			E-MAIL:		
<input type="checkbox"/> 投保人	联系地址：省/自治区 市 区/县 镇/乡					
<input type="checkbox"/> 被保险人	联系地址为： <input type="checkbox"/> 现/常住址 <input type="checkbox"/> 工作单位地址				邮编：	
02 <input type="checkbox"/> 生日性别更正	变更对象	性别	出生日期	证件类型	证件号码	证件有效期
	投保人					
	被保险人					
03 生存金/满期金	<input type="checkbox"/> 全额领取 <input type="checkbox"/> 部分领取 金额：¥ 元 （变更给付授权须同时填写《个人客户身份信息登记表》）					
<input type="checkbox"/> 生存保险金领取	申请人： <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 被保险人法定监护人 <input type="checkbox"/> 其他 _____ （非被保险人本人领取，请填写以下信息）					
<input type="checkbox"/> 给付授权及变更	姓名：	是被保险人的：	证件类型：	证件号码：		
04 红利	<input type="checkbox"/> 全额领取 <input type="checkbox"/> 部分领取 金额：¥ 元 （变更给付授权须同时填写《个人客户身份信息登记表》）					
<input type="checkbox"/> 红利领取	申请人： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 其他 _____ （非投保人本人领取，请填写以下信息）					
<input type="checkbox"/> 给付授权及变更	姓名：	是投保人的：	证件类型：	证件号码：		
05 <input type="checkbox"/> 贷款清偿	<input type="checkbox"/> 全额清偿 金额：¥ 元		<input type="checkbox"/> 部分清偿 金额：¥ 元			
06 <input type="checkbox"/> 自动垫交清偿	金额：¥ 元		将此次交费账户变更成续期交费账户： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
07 <input type="checkbox"/> 保单余额账户退费	金额：¥ 元					
08 <input type="checkbox"/> 职业变更	变更对象： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人		职业/工作内容：		职业代码（ 保险公司填写 ）：	
（请同时填写客户告知书）	工作单位：		所属行业：		工作年限：	兼职：
09 <input type="checkbox"/> 补充告知	补充告知的对象： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 （请同时填写客户告知书）					
10 <input type="checkbox"/> 交费期间变更	新交费期间： 年 （仅受理交费期间缩短）					
11 <input type="checkbox"/> 减少保额	险种名称				<input type="checkbox"/> 减少后保额 <input type="checkbox"/> 减少后保费	
12 <input type="checkbox"/> 犹豫期减保						
13 <input type="checkbox"/> 保单补发	1. 原保单自补发之日起作废；2. 补发后同时解除保单挂失；3. 补发工本费10元。					
14 <input type="checkbox"/> 新增附加险	险种名称		（基本）保险金额	保险期间	交费期间	一年期附加险自动续保
（请同时填写客户告知书）						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
15 <input type="checkbox"/> 保障计划变更	险种名称		新计划/保额/份数	保险期间		交费期间
（请同时填写客户告知书）						
16 <input type="checkbox"/> 复效	将此次交费账户变更成续期交费账户： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
	声明：1. 被保险人已按要求填写客户告知书，并如实告知健康状况；					
	2. 本人认可自合同恢复效力之日起重新计算观察期，同时认可一年期险种不能同时恢复效力。					
17 <input type="checkbox"/> 追加保费	金额：¥ 元 （请同时填写客户告知书）					
18 <input type="checkbox"/> 部分领取	金额：¥ 元					
19 <input type="checkbox"/> 万能险保额变更	主险名称				新保额（元）	
	附加险名称				新保额（元）	
20 <input type="checkbox"/> 其它保全申请项目	变更内容： _____					
* 备注						

请您选择以上申请项目款项收付方式： 银行转账 网银（仅支持退费） 其他 _____
如果您选择银行转账或网银进行收付费，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”)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)授权账户账号不得填写信用卡卡号,须为在授权银行开立的个人结算账户(I类账户)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				
	银行账号														

如果您的保险合同达到以下任一标准,须填写《个人客户身份信息登记表》;如存在多位申请人,其他申请人须分别填写《个人客户身份信息登记表》:
①累计应交保险费大于等于人民币现金2万元或转账20万元;②本次领取的退费金额大于等于人民币1万元;③申请生存金/满期金/红利自动授权转账领取。

个人客户身份信息登记表

客户身份: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 其他 _____	投保人是被保险人的: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
姓名:	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	国籍: <input type="checkbox"/> 中国 户籍(或所在地区) _____	
出生日期: 年 月 日	职业/工作内容:	<input type="checkbox"/> 其他 _____	
证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他 _____	证件有效期限:	年 月 日至 年 月 日/长期	
证件号码			
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	手机号码(联系电话)		

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“人保寿险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所有声明及授权,并同意更新在我司留存的客户身份信息。

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