

保险合同变更申请书（普通变更-非收付费类）

温馨提示：请您用黑色钢笔、签字笔在变更项目前的□内打“√”，并填写变更内容，不得涂改。如有任何疑问，可致电我司全国统一服务热线 400-86-95666 咨询。

基本信息												
保险合同号码				申请日期： 年 月 日								
申请人信息	姓名：			性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生日期： 年 月 日						
	证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其他			证件号码								
	证件有效期			____年__月__日至____年__月__日/ <input type="checkbox"/> 长期			联系手机					
	联系地址：____省____市____区/县____街道/镇____（具体到门牌号）邮编____											
	若以上联系方式与之前登记的不一致，且您希望本公司按照此次填写的相关内容进行修改，请勾选变更对象： <input type="checkbox"/> 仅本保单 <input type="checkbox"/> 所有保单											
如需要委托代办，请填写下列受托人信息及委托事项												
受托人信息	受托人身份： <input type="checkbox"/> 业务人员 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="radio"/> 父母 <input type="radio"/> 配偶 <input type="radio"/> 子女 <input type="radio"/> 其他											
	姓名：			业务人员代码								
	证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其他			证件号码								
	证件有效期			____年__月__日至____年__月__日/ <input type="checkbox"/> 长期			联系手机					
联系地址：____省____市____区/县____街道/镇____（具体到门牌号）邮编____												
委托事项	本人（以下简称委托人）____全权委托____自____年__月__日起十个自然日内持贵公司要求的必备资料，以委托人的名义前往贵公司代为办理有关本保单项下的____事宜。 委托人签名____ 受托人签名____											
申请事项												
□客户资料变更	变更对象 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人											
	姓名：			性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生日期：____年__月__日						
	证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其他			证件号码：____								
	证件有效期：____年__月__日至____年__月__日/ <input type="checkbox"/> 长期			国籍：____								
投保人与被保险人关系：____ 民族：____ 婚姻状况：____ 工作单位：____												
□客户联系方式变更	变更对象 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人											
	联系地址：____省____市____区/县____街道/镇____（具体到门牌号） 邮编：____ 联系手机(<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 替换)____ 固定电话：____—____ 电子邮箱：____											
	是否变更名下所有有效保单 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 保单迁移至____分公司____支公司 注：需同时变更联系地址											
□续期交费账户变更	户名：			开户银行：			账号					
	如您需同时变更名下的其他保单，请在空格中填写需同时变更的保险合同号码											
	P						P					
	P						P					
注：请您提供由您本人真实姓名开立的账户，并授权我们用于续期保险费的转账扣款。请您确保在保险费约定支付日前将足额的保险费存至该授权账户中，若因授权账户错误、账户注销、账户金额不足或授权账户不符合要求而导致转账不成功的，由此产生的责任将由您承担。												

<input type="checkbox"/> 受益人变更 <input type="checkbox"/> 受益人资料变更	变更对象 <input type="checkbox"/> 生存保险金受益人 <input type="checkbox"/> 身故保险金受益人 <input type="checkbox"/> 剩余养老金受益人 新受益人姓名: _____ 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 _____ 受益顺序: ____ 受益比例: ____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 国籍: _____ 职业代码: _____ 职业名称: _____ 联系地址: _____ 省 _____ 市 _____ 区 / 县 _____ 街道 / 镇 _____ (具体到门牌号) 邮编 _____ 联系手机: _____ 证件类型: _____ 证件号码: _____ 证件有效期: ____年__月__日至 ____年__月__日 / <input type="checkbox"/> 长期
	新受益人姓名: _____ 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 _____ 受益顺序: ____ 受益比例: ____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 国籍: _____ 职业代码: _____ 职业名称: _____ 联系地址: _____ 省 _____ 市 _____ 区 / 县 _____ 街道 / 镇 _____ (具体到门牌号) 邮编 _____ 联系手机: _____ 证件类型: _____ 证件号码: _____ 证件有效期: ____年__月__日至 ____年__月__日 / <input type="checkbox"/> 长期
	新受益人姓名: _____ 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 _____ 受益顺序: ____ 受益比例: ____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 国籍: _____ 职业代码: _____ 职业名称: _____ 联系地址: _____ 省 _____ 市 _____ 区 / 县 _____ 街道 / 镇 _____ (具体到门牌号) 邮编 _____ 联系手机: _____ 证件类型: _____ 证件号码: _____ 证件有效期: ____年__月__日至 ____年__月__日 / <input type="checkbox"/> 长期
	变更对象: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人或其监护人 <input type="checkbox"/> 补签名 <input type="checkbox"/> 签名风格变更
<input type="checkbox"/> 保单挂失 / 解除	<input type="checkbox"/> 保单挂失 <input type="checkbox"/> 挂失解除
<input type="checkbox"/> 终止附加险	险种名称 _____
<input type="checkbox"/> 红利领取方式变更	<input type="checkbox"/> 现金领取: 授权银行转账 户名 _____ 开户银行 _____ 账号 _____ <input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 抵交保险费 <input type="checkbox"/> 购买交清增额保险 <input type="checkbox"/> 转入万能型保险的保单账户 (注:如转入万能型保险合同效力中止或失效, 则转为累积生息)
<input type="checkbox"/> 生存金领取方式变更	<input type="checkbox"/> 现金领取: 授权银行转账 户名 _____ 开户银行 _____ 账号 _____ <input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 抵交保险费 <input type="checkbox"/> 转入万能型保险的保单账户 (注:如转入万能型保险合同效力中止或失效, 则转为累积生息)
<input type="checkbox"/> 生存金领取年龄变更	领取年龄 _____ 岁
<input type="checkbox"/> 养老金领取频次变更	<input type="checkbox"/> 按月领取 <input type="checkbox"/> 按年领取 注: 下个保单周年日开始按照变更后的新领取频次领取
<input type="checkbox"/> 电子函件服务授权	<input type="checkbox"/> 授权 <input type="checkbox"/> 取消授权 注: 授权后公司将不再寄送分红通知书、万能年报等纸质函件
<input type="checkbox"/> 其他	

声明事项

1.若您申请的项目为客户资料变更、受益人变更, 请您就《非居民金融账户涉税信息》进行声明:

姓名: _____ 本人声明: 1.仅为中国税收居民 2.仅为非居民 3.既是中国税收居民又是其他国家(地区)税收居民

姓名: _____ 本人声明: 1.仅为中国税收居民 2.仅为非居民 3.既是中国税收居民又是其他国家(地区)税收居民

姓名: _____ 本人声明: 1.仅为中国税收居民 2.仅为非居民 3.既是中国税收居民又是其他国家(地区)税收居民

本人确认上述信息的真实、准确和完整, 且当这些信息发生变更时, 将在30日内通知贵公司, 否则本人承担由此造成的不利后果。如在以上选项中勾选第2项或者第3项, 则需要您填写《个人税收居民身份声明文件》。

2.本人已审慎阅读并充分理解《招商仁和人寿隐私政策》(以下简称“隐私政策”)、《个人信息处理知情及授权书》(注: 请登录公司官网或扫描右侧二维码阅读隐私政策和授权书的内容)。

本人 同意 不同意招商仁和人寿公布的《招商仁和人寿隐私政策》和《个人信息处理知情及授权书》。

本人 同意 不同意授权招商仁和人寿处理本人及相关主体的一般个人信息和敏感个人信息。



申请书上所有签名处均需本人亲笔签字, 其他人不得代签; 未成年人由其法定监护人签署本人的姓名。

投保人签名 _____ 被保险人或其监护人签名 _____

以下内容由工作人员填写

受理人签名 _____ 受理日期 _____ 备注 _____