



## 保险合同变更申请书(银行代理专用)

### 申请须知

- 请在变更之前仔细阅读下列客户须知,然后用黑色钢笔或签字笔在变更项目前的  内打 ,并用正楷填写申请内容。
- 如果您申请的变更项目与法律规定或者保险合同约定不符,则该申请项目无效。
- 如果您申请的项目涉及收付费,则提供的银行账户所有人须为您本人的结算账户,并自愿授权爱心人寿保险股份有限公司(以下简称本公司)使用您指定的银行结算账户进行各类保险款项的收付费的转账处理。如果因您提供的授权账户错误、账户注销、账户内余额不足或不符合本公司对授权转账账户的要求而导致的收付费不成功,本公司不承担由此引起的责任。
- 提交保全申请的投保人、被保险人或未成年人被保险人之监护人须亲笔签名并填写相关申请信息,非本人亲笔签字的保全申请无效。

保险合同号:

申请人姓名:

申请人证件类型:

申请人联系电话:

申请人证件号码:

申请人证件有效期:

### 请选择您申请的保全项目

<input type="checkbox"/> 犹豫期解约 <input type="checkbox"/> 解除合同	<input type="checkbox"/> 整单 <input type="checkbox"/> 附加险 _____ 原因: <input type="checkbox"/> 个人经济原因,无力负担保费 <input type="checkbox"/> 对险种不满意 <input type="checkbox"/> 对业务员不满意 <input type="checkbox"/> 对公司服务不满意 <input type="checkbox"/> 人情投保 <input type="checkbox"/> 其他 _____
<input type="checkbox"/> 满期金领取	满期金受益人与投保人关系:
<input type="checkbox"/> 其他保全项目	

### 您的授权退费账户

开户银行:	户名:	卡折类型	<input type="checkbox"/> 存折 <input type="checkbox"/> 借记卡
结算银行账号			

### 申请人声明

本人已经仔细阅读并同意客户须知内容,同意以此申请书作为办理上述所选变更业务的依据。			
投保人签名:	被保险人或其监护人签名:	申请日期:	年    月    日
经办人签名:	公司受理人员签名:	办理日期:	年    月    日