

保险合同变更申请书

保险单号:

投保人姓名:

电子邮箱:

申请须知

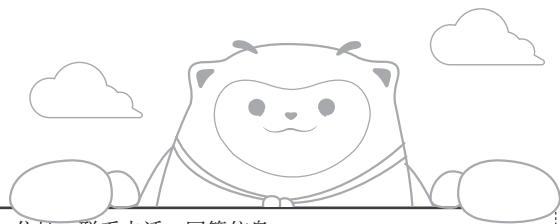
- 请您用黑色钢笔或签字笔在变更项目前的 内打√,并用正楷填写申请内容。
- 如果您申请的变更项目与法律规定或者保险合同约定不符,则该申请项目无效。
- 如果您申请的项目涉及收付费,则提供的银行账户所有人须为您本人的结算账户,并自愿授权爱心人寿保险股份有限公司(以下简称本公司)使用您指定的银行结算账户进行各类保险款项的收付费转账处理。如果因您提供的授权账户错误、账户注销、账户内余额不足或不符合本公司对授权转账账户的要求而导致的收付费不成功,本公司不承担由此引起的责任。
- 当您申请新增附加险时,请确认您已认真阅读了新增险种的保险责任及责任免除条款,并同意遵守条款约定。
- 当您办理减额交清后,保额相应减少,本公司按减少后的保额承担相应的保险责任,减额交清后不可再恢复原保额。
- 若您申请以下五项:新增附加险、保单复效、投保人变更、受益人变更、补充告知中任一项时,请填写健康与财务告知申请书。

保险计划变更类

<input type="checkbox"/> * 减少基本保额	险种简称/代码:	减少的 <input type="checkbox"/> 保额 <input type="checkbox"/> 份数:
	险种简称/代码:	减少的 <input type="checkbox"/> 保额 <input type="checkbox"/> 份数:
<input type="checkbox"/> 新增附加险	险种简称/代码:	<input type="checkbox"/> 保额 <input type="checkbox"/> 份数:
	保额/份数:	交费期间: 保险期间:
<input type="checkbox"/> 续保方式变更	<input type="checkbox"/> 终止续保	
<input type="checkbox"/> * 交费期间变更	变更后的交费期间:	
<input type="checkbox"/> * 交费频率变更	变更后的交费频率:	
<input type="checkbox"/> 保单复效	1、本人认可自恢复效力之日起重新计算等待期; 2、本人认可一年期险种不能同时恢复效力。	

客户资料变更类

<input type="checkbox"/> 客户资料变更 <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"/> 其他 _____	证件号码:	
	证件有效期: 至 年 月 日 或 <input type="checkbox"/> 长期	婚姻状况: <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 丧偶	
	国籍:	户口所在地:	
<input type="checkbox"/> 客户联系方式变更 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人	通讯地址: 省 市 区/县	电子邮箱: 首选回访电话: <input type="checkbox"/> 移动电话 <input type="checkbox"/> 固定电话	
	邮编: 移动电话: 固定电话: 区号		
	姓名:	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期: 年 月 日
<input type="checkbox"/> 投保人变更	证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他 _____	证件号码:	
	证件有效期: 至 年 月 日 或 <input type="checkbox"/> 长期	婚姻状况: <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 丧偶	
	国籍:	户口所在地:	工作单位:
	职业类别:	职业描述:	职业代码:
	首选回访电话: <input type="checkbox"/> 移动电话: <input type="checkbox"/> 固定电话: 区号		
	通讯地址: 省 市 区/县	邮编:	
	与被保人的关系: <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 _____ 电子邮箱:		
	新投保人签名:		
<input type="checkbox"/> * 职业变更	变更后的职业类别:	变更后的职业描述:	变更后的职业代码:



<input type="checkbox"/> 受益人变更 <input type="checkbox"/> 生存受益人 <input type="checkbox"/> 身故受益人	法定继承人以外的受益人,请在下方备注中补充职业、住址、联系电话、国籍信息								
	姓名	性别	出生日期	证件类型	证件有效期	证件号码	与被保险人关系	受益顺序	受益比例
备注:									
<input type="checkbox"/> 补充告知	<input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 告知事项:								

给付类

<input type="checkbox"/> * 生存金领取 请提供生存受益人账户信息	领取金额 (RMB): 佰 拾 万 仟 佰 拾 元 角 分 (小写): ¥ _____ 元 开户银行: _____ 户名: _____
<input type="checkbox"/> 生存金转账授权变更	<input type="checkbox"/> 申请授权 银行名称: _____ 账户名称: _____ <input type="checkbox"/> 取消授权 银行账号: _____
<input type="checkbox"/> 年金领取方式变更	<input type="checkbox"/> 年领 <input type="checkbox"/> 月领
<input type="checkbox"/> * 红利领取	<input type="checkbox"/> 全部领取 人民币 (大写): 佰 拾 万 仟 佰 拾 元 角 分 (小写): ¥ _____ 元
<input type="checkbox"/> 红利取方式变更	<input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 增额交清 <input type="checkbox"/> 转入万能账户 <input type="checkbox"/> 抵交保费 <input type="checkbox"/> 其他 _____

特别服务类

<input type="checkbox"/> 交费信息变更	<input type="checkbox"/> 现金 银行名称: _____ 账户名称: _____ <input type="checkbox"/> 银行转账 银行账号: _____
<input type="checkbox"/> * 保单补发	补发原因: <input type="checkbox"/> 客户丢失 <input type="checkbox"/> 客户污损 <input type="checkbox"/> 业务员丢失 <input type="checkbox"/> 业务员污损 <input type="checkbox"/> 客户要求重新出单 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 1. 自保险单补发之日起,原保单作废; 2. 保单补发收取工本费 10 元。
<input type="checkbox"/> 签名变更 原签名: _____	变更对象: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人或其监护人 申请原因: <input type="checkbox"/> 客户字体变更 <input type="checkbox"/> 姓名变更 <input type="checkbox"/> 合同效力确认 <input type="checkbox"/> 投保人变更 补签名单证: <input type="checkbox"/> 投保书 <input type="checkbox"/> 回执 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 未亲笔签名原因: <input type="checkbox"/> 业务员代签字 <input type="checkbox"/> 家人代签字 <input type="checkbox"/> 业务员未要求签字 <input type="checkbox"/> 其他 _____
<input type="checkbox"/> 保单挂失及解除	<input type="checkbox"/> 申请挂失 原因: <input type="checkbox"/> 客户丢失 <input type="checkbox"/> 业务员丢失 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 挂失日期: _____ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 挂失解除
<input type="checkbox"/> 其他变更	变更内容: _____

* 收付费方式: 银行转账 (投保人续期交费账号 其他账号) 带“*”类项目填写

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

投保人签名:
签署日期:

被保险人或其监护人签名:
签署日期:

生存受益人签名:
签署日期:

爱心人寿保险股份有限公司委托书

致爱心人寿保险股份有限公司:

本委托人系本保险单之 投保人 被保险人 未成年人之监护人, 现授权委托 _____ 女士 先生 (身份证号码: _____, 联系电话: _____), 前往贵公司办理本保险合同 _____ 变更事项。受托人与委托人的关系是: 代理人 亲属 朋友 其他。本授权人申明, 由此授权委托引起的一切纠纷与贵公司无关。此委托授权书自委托人签名之日起 3 个工作日内有效, 逾期即自动失效。

委托人签名: _____ 受托人签名: _____
 签署日期: _____ 签署日期: _____

以下栏位由我公司受理人员填写

申请来源: <input type="checkbox"/> 客户亲至公司 <input type="checkbox"/> 委托代办 <input type="checkbox"/> 银行网点 <input type="checkbox"/> 其它 _____	营业部 (组):
受理人员签章:	签署日期: _____ 寿险规划师: _____ 联系电话: _____