

泰康人寿保险有限责任公司保险合同变更申请书(常用版)

保险单号 _____ 申请人 _____ 申请日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

填写说明：请您用黑色钢笔或签字笔在申请变更项目前的□内打√，并在横线上填写所需变更的内容。若发生涂改本申请无效。为维护您的权益，请勿在未经您填写的空白申请书上签名。签名前请再次核对新填写的内容，一经签字确认视为您同意对上述保单进行相应的变更处理。所有保险责任以合同所载为准，除由本公司经正式程序修改批准内容外，其它任何人口头及书面陈述、报告或合约，本公司无需负责。

客户信息变更类								
1.1□客户信息变更 <input type="checkbox"/> 姓名证件 <input type="checkbox"/> 年龄性别 <input type="checkbox"/> 职业工种 <input type="checkbox"/> 联系方式 <input type="checkbox"/> _____	客户角色 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 受益人	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 _____ 至 _____ 婚姻状况 _____ 国籍 _____ 职业工种 _____ (职业代码 _____) 工作单位 _____ 通讯地址 _____ 邮政编码 _____ 电子邮件 _____ 移动电话 _____ 固定电话(区号) _____						
1.2□投保人变更	新投保人姓名 _____ 新投保人是 01 被保人的 _____ (单称)，是 02 被保人的 _____ (单称)，是 03 被保人的 _____ (单称)， 是 04 被保人的 _____ (单称)，是 05 被保人的 _____ (单称)，是 06 被保人的 _____ (单称) 声明：我们(投保人、被保险人)确认本次申请中填写的新投保人与被保险人关系属实。 注：请同时在 1.1 客户信息变更和 1.3 付款信息变更区域填写所有信息。 若保险合同有投保人连带保险责任事项时，请新投保人同时填写《健康告知书》。							
1.3□付款信息变更	<input type="checkbox"/> 现金 <input type="checkbox"/> 转账 户名 _____ 开户银行 _____ 账号 _____ 注：投保人须以自己真实姓名开立账户，并自愿授权本公司使用指定银行储蓄账户用于续期保险费转账扣款，投保人应保证保险费应付当月有足够款项以备划转，若由于账户金额不足、授权账户错误、账户注销或授权账户不符合要求而导致转账不成功，由此产生的责任由投保人承担。							
1.4□受益人变更 <input type="checkbox"/> 生存受益人 <input type="checkbox"/> 身故受益人	被保险 人姓名	受益人 姓名	性别	证件 类型	证件号码	与被保 人关系	受益 顺序	受益比例
声明：我们(投保人、被保险人)确认本次申请中填写的新受益人与被保险人关系属实。								
1.5□保单迁移	迁出机构 _____ 分公司 _____ 支公司 迁入机构 _____ 分公司 _____ 支公司 (迁入后) 通讯地址 _____ 固定电话 _____ 联系电话 _____ 注：请同时在 1.3 付款信息变更区域填写所有信息。							
客户权益变更类								
2.1□生存金给付 <input type="checkbox"/> 满期金给付 <input type="checkbox"/> 养老金/年金领取	领取金额 _____ 元 受益人信息： 姓名 _____ 性别 _____ 国籍 _____ 职业 _____ 与投保人关系 _____ 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 _____ 至 _____ 联系电话 _____ 住所地或工作单位地址 _____							
2.2□生存金领取方式变更	<input type="checkbox"/> 现金领取 <input type="checkbox"/> 自动转账 <input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 抵交保费 <input type="checkbox"/> 进入万能 生存金受益人姓名(户名) _____ 开户银行 _____ 银行账号 _____							
2.3□红利领取	领取金额 _____ 元							
2.4□红利领取方式变更	<input type="checkbox"/> 累计生息 <input type="checkbox"/> 现金领取 <input type="checkbox"/> 其他 _____							

2.5 <input type="checkbox"/> 万能险部分领取	(大写) _____ 万 _____ 仟 _____ 佰 _____ 拾 _____ 元 (小写) ¥ _____ 元				
2.6 <input type="checkbox"/> 年金领取频率变更	<input type="checkbox"/> 一次性领取 <input type="checkbox"/> 年领 <input type="checkbox"/> 月领				
2.7 <input type="checkbox"/> 保单及相关通知书补发	<input type="checkbox"/> 保险单 <input type="checkbox"/> 其他通知书 <input type="checkbox"/> _____	申请补发原因: <input type="checkbox"/> 丢失 <input type="checkbox"/> 损坏 <input type="checkbox"/> 未收到 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 补发保单声明: 本次为本人第 _____ 次申请补发保单。原保单自补发之日起作废, 日后因作废的保单发生的任何纠纷, 由本人负全部责任。			
合同内容变更类					
3.1 <input type="checkbox"/> 保险计划变更 <input type="checkbox"/> 取消险种 <input type="checkbox"/> 减少保额 <input type="checkbox"/> 新增险种 <input type="checkbox"/> 增加保额 <input type="checkbox"/> _____	被保险人	险种名称	新保险金额/档次/份数	交费年限	保险期间
注: 新增险种或增加保额/档次, 请被保险人同时填写《健康告知书》。					
3.2 <input type="checkbox"/> 万能险额外投资	(大写) _____ 万 _____ 仟 _____ 佰 _____ 拾 _____ 元 (小写) ¥ _____ 元				
3.3 <input type="checkbox"/> 复效	声明: 1、被保险人已按要求填写健康告知书, 并如实告知健康状况。 2、本人认可自恢复效力之日起重新计算除外责任期间。 3、本人认可一年期险种及已停售附加险不能同时恢复效力。				
3.4 <input type="checkbox"/> 解除合同	<input type="checkbox"/> 撤单 <input type="checkbox"/> 退保	申请解除合同原因: <input type="checkbox"/> 险种不满意 <input type="checkbox"/> 服务不满意 <input type="checkbox"/> 经济状况不好 <input type="checkbox"/> 资金周转 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
3.5 <input type="checkbox"/> 补充告知	补充告知对象: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 补充告知原因: <input type="checkbox"/> 业务代表原因 <input type="checkbox"/> 个人原因 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 内容: _____ 注: 被保险人须同时填写《健康告知书》。				
3.6 <input type="checkbox"/> 减额缴清	本人已仔细阅读保险合同中减额缴清的条款约定及内容并同意泰康人寿保险有限责任公司关于选择减额缴清保险后的相关业务规则。				
3.7 <input type="checkbox"/> 其他					
若您申请办理的保全项目涉及财务收支, 请填写该保全项目的收支方式: <input type="checkbox"/> 续期缴费账户 <input type="checkbox"/> 其他账户 户名 _____ 开户银行 _____ 银行账号 _____ <input type="checkbox"/> 柜面收支 声明: 本人同意将以上账户作为本次保全申请与泰康人寿保险有限责任公司的收支账户。					
若委托他人代办请填写以下内容: 委托人 _____ (证件类型 _____ 证件号码 _____) 现委托 _____ 先生/女士 (证件类型 _____ 证件号码 _____) 前往贵公司办理有关本保单申请项下 _____ 保全项目。本委托授权有效期为 _____ 天。(委托日期同本申请书的申请日期, 建议委托有效期在十日之内) 委托人签字 _____ 联系电话 _____ 代办人签字 _____ 联系电话 _____ 如为业务人员代办, 请同时填写业务人员代码 _____					
客户信息使用授权声明条款: 本人授权泰康人寿保险有限责任公司(以下简称“泰康人寿”), 将本人提供给泰康人寿的个人信息、享受泰康人寿服务产生的信息(包含本单证签署之前提供和产生的信息)以及泰康人寿根据本条款约定查询、收集的个人信息, 用于为本人提供保险合同变更相关服务。本人授权泰康人寿, 向泰康人寿因服务必要开展合作的机构提供上述个人信息, 及委托合作机构协助查询、通过系统处理上述个人信息等。此外, 为满足监管要求, 本人授权泰康人寿向国家金融监督管理总局直接管理的中国银行保险信息技术管理有限公司(简称“中银保信”)报送本人的上述个人信息。为确保信息的安全, 泰康人寿对上述个人信息负有保密义务, 并采取各种措施保证用户信息安全。本条款自本单证签署时生效, 具有独立法律效力, 不受保险合同效力状态变化的影响。针对上述个人信息, 你公司应在与本人的保险合同到期10年后针对相关资料进行删除或脱敏处理, 如果法律法规另有要求, 将按相关要求执行。 变更申请书反馈方式选择: <input type="checkbox"/> 不需回复 <input type="checkbox"/> 短信回复 <input type="checkbox"/> 邮件回复 <input type="checkbox"/> 邮寄批单 <input type="checkbox"/> 其他 _____					
投保人签字 _____ 被保险人或其监护人签字 _____ 受益人或其监护人签字 _____					
投保人变更后新投保人签字 _____ 申请人留存联系电话 _____					
工作人员填写: 受理人签章 _____ 受理日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日					

客户服务电话: 95522

泰康人寿官网: www.taikanglife.com



泰康人寿官方微信