

# 投保单变更申请书



投保单号码:		原被保险人:		证件号码:						
<input type="checkbox"/>	1 变更投保人信息 (含更换投保人)	姓名: _____ 性别: _____ 出生日期: _____年____月____日 证件类型: _____ 证件号码: _____ 与被保险人关系: _____ 联系电话: _____ 变更后新投保人签名: _____ 签名日期: _____								
<input type="checkbox"/>	2 变更被保险人信息	姓名: _____ 性别: _____ 出生日期: _____年____月____日 证件类型: _____ 证件号码: _____								
<input type="checkbox"/>	3 变更通讯地址	新通讯地址:				邮政编码:				
<input type="checkbox"/>	4 变更职业信息		职业/工种	职业代码	职业等级	工作内容				
		<input type="checkbox"/> 投保人								
		<input type="checkbox"/> 被保险人								
<input type="checkbox"/>	5 变更身故受益人	受益顺序	受益比例	新受益人姓名	性别	生日	与被保险人关系	证件类型	证件号码	
		_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
		_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
<input type="checkbox"/>	6 变更保险计划	主险变更	险种名称	原保额	新保额	保险期间	交费年期	保费		
		附加险变更								
<input type="checkbox"/>	7 变更投资账户 (投连险适用)	投资账户名称			分配比例		追加保险费分配比例			
<input type="checkbox"/>	8 变更交费频率	<input type="checkbox"/> 趸交 <input type="checkbox"/> 年交 <input type="checkbox"/> 半年交 <input type="checkbox"/> 季交 <input type="checkbox"/> 月交								
<input type="checkbox"/>	9 变更交费方式	<input type="checkbox"/> 银行转帐 <input type="checkbox"/> 银行代收 <input type="checkbox"/> 其他方式_____								
<input type="checkbox"/>	10 变更银行账户	银行名称:			户名:			账号:		
<input type="checkbox"/>	11 变更红利领取方式	<input type="checkbox"/> 累计生息 <input type="checkbox"/> 现金领取 <input type="checkbox"/> 抵交保费								

<input type="checkbox"/>	12 健康财务告知 补充说明	<p>(若您需要对疾病情况进行补充说明, 请告知发病时间、症状体征、诊治经过、诊断结论、目前状况等要素。)</p> <table border="0"> <tr> <td style="width: 10%;">序号</td> <td style="width: 30%;">说明对象</td> <td style="width: 60%;">说明内容</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	序号	说明对象	说明内容	_____	_____	_____	_____	_____	_____
序号	说明对象	说明内容									
_____	_____	_____									
_____	_____	_____									
<input type="checkbox"/>	13 撤销投保申请	<p><b>撤销投保申请的原因:</b></p> <input type="checkbox"/> 投保内容不符需求 <input type="checkbox"/> 家属反对 <input type="checkbox"/> 经济因素 <input type="checkbox"/> 改投其他保险公司 <input type="checkbox"/> 其它_____									
<input type="checkbox"/>	14 退费申请与 支付方式授权	<p><b>退费原因:</b></p> <input type="checkbox"/> 溢交保费退还 <input type="checkbox"/> 预收保费退还 <input type="checkbox"/> 其他_____ <p><b>退费支付方式授权:</b></p> <p>本人同意并授权贵公司将上述应退款项通过银行转账方式划转至以下银行账户:</p> <p>银行名称: _____ 户名 (限投保人或其授权人): _____</p> <p>银行账号: _____</p>									
<input type="checkbox"/>	15 其他变更										

**投保单变更申请须知:**

- 1、本变更申请书仅适用于所递交的新投保件尚未完成承保之前提出;若已经承保,则请向我公司申请作保全变更。
- 2、若申请更换投保人,则新投保人须在“变更投保人信息”中签名确认,同时应将银行账户变更为新投保人在我公司规定银行开立的账户;若保险计划中包含投保人保费豁免责任,则须提交新投保人签名确认的《健康声明告知书》。
- 3、若申请“变更银行账号”或进行了“退费支付方式授权”,均视为您本人完全同意并授权我公司及相关银行按照您指定的账户进行相关款项的划转支付。
- 4、若申请“更换主险险种”或“更换被保险人”,则只能烦请您重新投保,不能通过本变更申请的方式进行直接变更。

**客户签名栏 (被保险人为未成年人则由其法定监护人签名确认):**

投保人签名: \_\_\_\_\_  
签名日期: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

被保险人签名: \_\_\_\_\_  
签名日期: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

机构网点: \_\_\_\_\_ 销售人员代码: \_\_\_\_\_ 销售人员姓名: \_\_\_\_\_