



个人保险合同内容变更申请书（非收付费类）（2024.07版）

申请书填写须知

- 请在所选择项目前的“□”内打“√”，并用黑色钢笔或签字笔填写，**申请书内容请勿涂改。**
- 为维护您的权益，请勿在空白申请书上签名。**签名前，请您再次核对所填写的内容。您递交的申请书经我公司工作人员受理签名后，即作为变更的依据。
- 您递交的申请如不符合我公司规定，我公司有权要求您补充材料，申请日期以材料齐备且由我公司柜面正式受理为准。
- 如申请变更的内容在本申请书项目中未列入，请在“17 其它保全申请项目”栏内详述；如有补充说明内容请在备注栏详述。

保险合同号												投保人：												被保险人：											
01 客户联系资料变更 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人												手机号码（固话）												E-MAIL：											
												联系地址：省/自治区 市 区/县 镇/乡																							
												联系地址为： <input type="checkbox"/> 现/常住址 <input type="checkbox"/> 工作单位地址												邮编：											
02 客户基本资料变更 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人												姓名：				国籍：				户籍：				被保险人是投保人的：											
												证件类型：				证件有效期限：年 月 日至 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期																			
												证件号码																							
03 <input type="checkbox"/> 投保人变更 声明：本人同意承接本合同项下所有未偿还欠款及利息。 (请新投保人同时填写授权账户信息；如保险合同包含投保人豁免保费责任，请同时填写客户告知书。) 请原投保人填写《个人客户身份信息登记表》												新投保人姓名：				性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				出生日期：				身高：厘米											
												国籍：				户籍：				婚姻状况： <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 鳏寡				体重：公斤											
												证件类型：				证件有效期限：年 月 日至 年 月 日/ <input type="checkbox"/> 长期																			
												证件号码																							
												职业/工作内容：				职业代码(保险公司填写)：				平均年收入：万元				家庭年收入：万元											
												工作单位：								是否仅是中国税收居民： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否															
												联系地址：省/自治区 市 区/县 镇/乡																							
												联系地址为： <input type="checkbox"/> 现/常住址 <input type="checkbox"/> 工作单位地址				邮编：				新投保人是被保险人的：															
												手机号码（固话）												新投保人签名：											
												是否接受短信服务： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																							
												E-MAIL：																							
04 受益人资料/ 受益人变更 <input type="checkbox"/> 增加受益人 <input type="checkbox"/> 更换受益人 <input type="checkbox"/> 受益人资料变更												姓名		性别		证件类型		证件号码		证件有效期		受益人是被保险人的		受益顺序		受益比例									
												出生日期		国籍		联系地址				联系电话		职业/工作内容													
												姓名		性别		证件类型		证件号码		证件有效期		受益人是被保险人的		受益顺序		受益比例									
												出生日期		国籍		联系地址				联系电话		职业/工作内容													
05 <input type="checkbox"/> 保单交费方式 变更												<input type="checkbox"/> 银行转账 <input type="checkbox"/> 其他 _____ (选择银行转账，请同时签署申请书背面的《保险款项自动转账授权书》)																							
												同时变更名下： <input type="checkbox"/> 所有保单 <input type="checkbox"/> 部分保单 (选择部分保单，请填写保险合同号)																							
06 <input type="checkbox"/> 交费频率变更												<input type="checkbox"/> 年交 <input type="checkbox"/> 半年交 <input type="checkbox"/> 季交 <input type="checkbox"/> 月交																							
07 <input type="checkbox"/> 红利处理方式变更												<input type="checkbox"/> 现金领取 <input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 抵交保费 <input type="checkbox"/> 交清增额 (选择交清增额，请填写客户告知书)																							
08 <input type="checkbox"/> 短信服务变更												接受短信服务： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																							
09 <input type="checkbox"/> 续保选择权变更												整张保单 <input type="checkbox"/> 自动续保/ <input type="checkbox"/> 取消自动续保 部分险种 <input type="checkbox"/> 自动续保/ <input type="checkbox"/> 取消自动续保 _____ (请填写险种名称)																							
10 签名变更 <input type="checkbox"/> 变更签名 <input type="checkbox"/> 补签名 <input type="checkbox"/> 补抄录风险提示语												变更对象： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人				变更原因： <input type="checkbox"/> 签名风格变化 <input type="checkbox"/> 业务员代签名 <input type="checkbox"/> 非业务员代签名																			
												声明：本人完全认可投保单、保险合同变更资料等所有已向贵公司提供的含有本人签名的申请书、问卷，文件中的所有陈述和告知事项的内容真实、准确、完整。今后凡涉及本保险合同的一切签名，均以此次签名样本为准。																							
												投保人签名：				被保险人（或其监护人）签名：																			
												投保人声明：对于所投保的分红保险、万能保险和投资连结保险等产品，本人已阅读保险条款、人身保险投保提示和产品说明书，了解本产品的特点和保单利益的不确定性。																							

