



保全受理号:

中华联合人寿保险股份有限公司

保险合同变更申请书（保单权益类）

保单号码: 投保人: 被保险人: 申请日期: 年 月 日

一、变更内容: 请仔细阅读申请书背面的客户须知, 选择您要办理的变更项目, 然后用黑色钢笔或签字笔在变更项目前的□中打√, 并正楷填写需要变更的内容。

变更 201、202、209、210 项目时请勾选同时参与变更的保单: <input type="checkbox"/> 名下所有保单 <input type="checkbox"/> 部分保单 (请填写需要变更的保单号码)					
201 <input type="checkbox"/> 续期交费信息变更	银行: 开户所在地: 省 市 网点 户名: 结算账号:				
202 <input type="checkbox"/> 预约续期交费日变更	预约续期交费日变更为 日 预约后您的实际交费日变更为: 1-月交: 每月预约日 2-季交: 每季度应交月对应的预约日 3-年交: 每年应交月对应的预约日				
203 <input type="checkbox"/> 减保 204 <input type="checkbox"/> 新增附加险 请同时填写《补充告知问卷》	险种代码	险种简称	险种对应被保险人	变更后保额/份数	变更后档次
			1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 增加 2 <input type="checkbox"/> 取消
			1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 增加 2 <input type="checkbox"/> 取消
			1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 增加 2 <input type="checkbox"/> 取消
205 <input type="checkbox"/> 复效	请填写《补充告知问卷》。一年期及以下的短期险不能复效。				
206 <input type="checkbox"/> 交费频次变更	1 <input type="checkbox"/> 月交 2 <input type="checkbox"/> 季交 3 <input type="checkbox"/> 年交				
207 <input type="checkbox"/> 交费年期变更	交费年期变更为 年 只受理缴费年期缩短的申请, 且变更后的交费年期须符合条款约定。				
208 <input type="checkbox"/> 续保方式变更	1 <input type="checkbox"/> 续保 2 <input type="checkbox"/> 不续保 注: 本项目仅适用于有续保选择条款的险种。				
209 <input type="checkbox"/> 保单补发	1 <input type="checkbox"/> 电子保单 2 <input type="checkbox"/> 纸质保单 (收取 10 元工本费) 原保单自补发之日起作废, 保单补发后同时解除保单挂失。				
210 <input type="checkbox"/> 保单挂失/解除	1 <input type="checkbox"/> 保单挂失	2 <input type="checkbox"/> 挂失解除	原因描述:	发生日期:	
211 <input type="checkbox"/> 保单冻结/解除	1 <input type="checkbox"/> 保单冻结	2 <input type="checkbox"/> 冻结解除	原因描述:	发生日期:	
212 <input type="checkbox"/> 设置提取额度	日限额变更为 元 累计限额变更为 元				
213 <input type="checkbox"/> 部分领取	部分领取金额: 元 实际支付金额为申请领取金额扣除手续费之后的差额。				
214 <input type="checkbox"/> 追加保险费	追加保险费金额: 元 追加保险费将在扣除了初始费用后进入您的保单账户。				

二、保险款项收付方式: 请仔细阅读单证背面的《保险款项转账收付授权客户须知》。

<input type="checkbox"/> 已授权账号	开户所在地: 省 市 网点
<input type="checkbox"/> 新授权账号	银行: 开户所在地: 省 市 网点 户名: 结算账号:

三、批单送达方式: 1 ☐自取 2 ☐邮寄 3 ☐电子邮件 (如果您选择邮寄, 我们将会以平信方式邮寄至您的通讯地址。)

四、申请类型: 1 ☐本人亲办 2 ☐委托保单服务人员代办 (代码:) 3 ☐委托其他人代办

非本人亲办, 还须填写下列授权委托书或另附申请人亲笔签名的授权委托书。

兹委托 先生/女士 (证件类型 , 有效证件号码) 自即日起至 年 月 日期 间内, 代为办理上述第 项保险合同变更申请事宜。代办人所提供的相关申请资料仅限本次申请有效, 且确认委托日期与本人上述 业务的申请日期一致。代办人应确保授权委托书为委托人本人签名, 如有纠纷或代办人所实施的行为超出授权范围, 代办人为此产生的一切后果向委托人负责。 委托人 (申请人) 签名: 代办人签名:	
--	--

五、申请人声明及签名: 上述保险合同变更事项均为本人真实意愿表达。本人同意变更生效日以贵公司确认内容及生效日期为准。本人已阅读并同意单证背面的各项内容。

投保人签名:	代办人签名:
--------	--------

六、公司受理信息:

受理人签名: 受理日期: 年 月 日 备注:

保险合同变更申请书填写客户须知

1. 为维护您的合法权益，请勿在空白申请书上签名，签名样式须与您在最近一次留存的签名样式保持一致。
2. 请您在签名前再次核对所填写的内容。所有与保险条款及申请书事项不符的解释、说明或书面承诺均无效。
3. 若您申请的变更项目中，存在部分或全部申请项目不符合法律规定或保险合同约定，该申请项目无效。
4. 您所申请的变更项目经中华联合人寿保险股份有限公司（以下简称“本公司”）审核通过后生效，生效日以批单上所载明的日期为准。
5. 除第 2、3 项规定的情况外，本申请书经本公司加盖业务专用章后，可作为变更的依据。
6. 如果您申请客户重要资料变更、投保人变更、职业变更，业务办理结果以批单为准。

保险款项转账收付授权客户须知

1. 您须提供以本人真实姓名开立的银行账户，并根据本公司规定流程自愿授权本公司使用该授权账户自动划扣指定保险合同项下所需支付的各项费用，以及支付保险合同约定的相关给付款项。如您提供的账户非您本人账户，为维护您的合法权益，请您配合说明账户所有人与您的关系以及由账户所有人代付/收的原因。
2. 选择通过银行自动转账方式付款的，您应保证该银行账户中有足额的余额以备转账。如果因您提供的授权账户错误、账户注销、账户余额不足或者不符合本公司对授权账户的要求而导致转账不成功，本公司无须承担由此引起的责任。
3. 如果原授权账户无法继续履行授权收付，您应提供新的银行账户并及时办理相关变更手续。
4. 申请事项存在退费的，如果您提供的账户为他人所有，本公司视同您可以从该账户中取得该笔款项，由此引起的纠纷，由您自行承担。
5. 如果您本次申请办理的业务涉及补退费，本次变更所需扣除/支付的金额以批单中约定的金额为准。
6. 本公司不对该授权账户的失窃或冒领承担责任。

续期保险费转账支付授权客户须知

1. 账户所有人须以本人真实姓名开立银行账户，并授权本公司和开户银行从该授权账户中划扣投保人的保单所需缴纳的各期保险费。账户所有人同意该结算账户中所扣交保险费优于其他任何用途的支付。
2. 在续期保险费采用转账支付的方式下，账户所有人应在保险费应交日前确保授权账户中存有足额保险费，本公司将于应交日后 60 天内定期扣除当期保险费。因账户内余额不足或其他非本公司原因导致转账不成功而引起的责任，由投保人自行承担。
3. 如果申请人所供的账户为他人所有，则应同时提交账户所有人签署的《账户使用授权书》，因申请人提供虚假的《账户使用授权书》而引起的纠纷，由申请人自行承担。
4. 本授权书为账户所有人对本公司从其所提供的账号中扣款的授权证明，不作为授权现金的凭据。