



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(客户信息类)

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。

变更客户资料、111、112项目时请勾选变更对象:		<input type="checkbox"/> 投保人		<input type="checkbox"/> 被保险人		<input type="checkbox"/> 其他					
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)									
客 户 资 料	101□重要资料变更	姓 名		证件类型 1□身份证 2□护照 3□军官证 4□港澳台证件 5□户口本 6□出生证							
		性 别 1□男 2□女		证件号码							
		出生日期		证件有效期至 年 月 日 或 <input type="checkbox"/> 长期							
		对于按份购买的一年期以上产品,本人同意根据变更后年龄重算基本保险金额。									
	102□基本信息变更	手 机 号			通 讯 地 址	省/直辖市 市 区/县					
		电子邮箱				邮 编					
	103□联系手机号变更	单位电话	区号	电 话	家 庭 住 址	省/直辖市 市 区/县					
	104□绑定手机号变更	家庭电话	区号	电 话		邮 编					
	105□保单迁移	拥有公费/社会医疗	1□是 2□否		国 籍 1□中国 2□其他	由公司填写		迁入机构名称		机构代码	
	106□服务迁移										
107□职业变更	新 职 业			职业代码	由公司填写						
108□投保人变更	新投保人/付费人姓名,如曾在我公司投保,请填写客户号										
109□付费人变更 (团险适用)	如未曾在我公司投保,请填写“客户资料”中所有信息,并填写下列信息:										
		是被保险人的 1□本人 2□配偶 3□父母 4□子女 5□其他									
110□受益人变更	受益人性别: 1□生存受益人 2□身故受益人 对应被保险人: 1□被保险人 2□其他被保险人										
请填写变更后受益人所有信息		姓 名	性 别	出生日期	证件类型	证件号码	证件有效期至	是被保险人的	受益顺序	受益比例	受益级别
111□受益人资料变更	仅填写发生变更的内容,如同一性质的受益人有多个,请填写原受益人姓名										
原受益人姓名:											
112□信息通知方式变更	通知方式: 1□纸质 2□电子 选择电子时请选择接收方式: 1□邮件 2□短信										
113□补充告知	告知对象: 1□投保人 2□被保险人 3□其他 告知事项开始时间: 年 月 日										
请填写《补充告知问卷》											

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:	被保险人或其监护人签名:	其他被保险人或其监护人签名:	新投保人签名:	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。