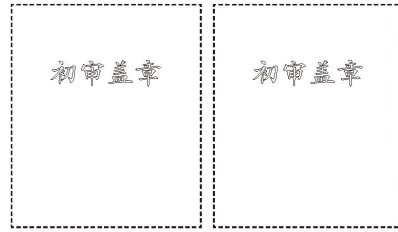


保险合同变更申请书

—重要信息变更及支付业务



保险单号: _____ 投保人: _____ 申请日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

一、申请事项:

填写说明: 请仔细阅读申请书背面的《保险合同变更申请书填写须知》, 然后用黑色签字笔或钢笔勾选并正楷填写变更内容。

险种名称	被保险人	变更后的 保额/保费	现金价值	交费 年期	保险 期限	是否续保 (适用于短期可续保险种)
201 <input type="checkbox"/> 新增主险 / 附险 申请新增主险 / 附险时, 请同时填写《健康状况补充告知书》。 如申请新增第二被保险人附险, 请同时填写 202 项。						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
213 <input type="checkbox"/> 终止主险 / 附险						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
214 <input type="checkbox"/> 减保						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
215 <input type="checkbox"/> 加保 申请加保时, 请同时填写《健康状况补充告知书》。						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
减保原因: <input type="checkbox"/> 经济原因 <input type="checkbox"/> 险种不理想 <input type="checkbox"/> 理赔不满意 <input type="checkbox"/> 服务不满意 <input type="checkbox"/> 其它 _____ (如勾选, 请详细描述)						
202 <input type="checkbox"/> 客户信息变更 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 第二投保人 <input type="checkbox"/> 第 _____ 被保险人 本次变更同时适用于您名下的全部保单。	2.1 <input type="checkbox"/> 姓名	(如户名变更, 请同时办理授权账户变更业务)				
	2.2 <input type="checkbox"/> 证件信息	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 港澳居民往来内地通行证 <input type="checkbox"/> 港澳居民居住证 <input type="checkbox"/> 外国护照 <input type="checkbox"/> 军人证件 <input type="checkbox"/> 台湾居民往来大陆通行证 <input type="checkbox"/> 台湾居民居住证 <input type="checkbox"/> 外国人永久居留证 <input type="checkbox"/> 户口簿			
		证件号码	证件有效期限: _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
2.3 <input type="checkbox"/> 国籍	<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其它 _____	U.S. Taxpayer Identification Number (美国纳税人填写): _____				
203 <input type="checkbox"/> 年龄性别更正	2.4 <input type="checkbox"/> 出生日期	_____ 年 _____ 月 _____ 日				
	2.5 <input type="checkbox"/> 性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
216 <input type="checkbox"/> 职业变更	2.6 <input type="checkbox"/> 职业变更为: _____	职业代码 (本公司填写): _____				
204 <input type="checkbox"/> 保单复效 请同时填写《健康状况补充告知书》。	须知: 等待期从复效之日起重新计算; 如保单同时存在未清偿的整期垫缴保费, 请同时申请 205 项。					
205 <input type="checkbox"/> 自垫还款	本人申请结束本合同的自动垫交保费状态, 恢复正常交费状态, 并偿还所欠保费及利息。					
206 <input type="checkbox"/> 减额交清	声明: 本人已仔细阅读保险合同中《减额交清条款》约定及内容, 并同意贵公司在本人选择减额交清后的相关业务规则。					
207 <input type="checkbox"/> 补充告知 请同时填写《健康状况补充告知书》。	告知对象: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 其他被保险人		告知事项起点时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日			
	告知原因: <input type="checkbox"/> 投保时未如实告知 <input type="checkbox"/> 保全项目不实告知 <input type="checkbox"/> 身体健康状况改善					
208 <input type="checkbox"/> 生存金给付领取	<input type="checkbox"/> 领取全部生存保险金本息合计金额		<input type="checkbox"/> 领取其它 _____			
	<input type="checkbox"/> 领取满期保险金		<input type="checkbox"/> 领取的生存保险金转入万能险投资账户			
	实际领款人是: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> _____ 与被保险人/生存受益人关系: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 _____					
	以下信息是否与公司当前留存信息一致: <input type="checkbox"/> 是 (无需填写以下内容) <input type="checkbox"/> 否 (请完整填写以下内容)					
	国籍: <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其它 _____ U.S. Taxpayer Identification Number (美国纳税人填写): _____					
通讯地址: _____						
住所地址: _____						
联系电话: 住宅 _____ 区号 _____ 电话号码 _____ 单位 _____ 区号 _____ 电话号码 _____ 分机 _____ 手机号码 _____						
声明: 当以上国籍及联系电话告知内容与最近一次告知内容不同时, 视为您向我司提出了此类信息的变更申请。通讯地址、住所地址内容不在本次变更范围内, 如需变更申请“通讯方式变更”业务。						
209 <input type="checkbox"/> 红利领取	<input type="checkbox"/> 领取全部红利本息合计金额		<input type="checkbox"/> 领取的红利转入万能险投资账户			
210 <input type="checkbox"/> 溢缴保险费领取						
212 <input type="checkbox"/> 终止款项领取	<input type="checkbox"/> 失效终止后保单款项领取 <input type="checkbox"/> 其它 _____					
217 <input type="checkbox"/> 社会医疗保险身份变更	<input type="checkbox"/> 是	包括: 社会基本医疗保险、公费医疗、劳保医疗和农村合作医疗等				
	<input type="checkbox"/> 否					
218 <input type="checkbox"/> 其它						

二、保险款项收付方式:

声明: 上述申请涉及收费或付费时, 本人同意并授权中意人寿保险有限公司根据以下银行账户以自动转账方式实现相关款项交易。

收 / 付费申请人	<input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人
1. <input type="checkbox"/> 使用已授权账户	
2. <input type="checkbox"/> 设立新授权账户	
开户银行: _____ 省 _____ 市 _____ 银行 _____ 网点	账户所有人姓名: _____
账号: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
须知: 请仔细阅读《保险款项自动转账授权客户须知》。	



