Union Life
合众人寿保险股份有限公司

合众人寿保险股份有限公司
Union Life Insurance Co.,Ltd.
保险合同变更申请书（合同解除）

申请书填写须知

（一）填写要求
1.填写本保险合同变更申请书前，请您详细阅读本申请书上的文字内容。请您用黑色钢笔或黑色签字笔在变更项目前的□内打√，用正楷字体填写。保险合同变更申请书不允许涂改，若发生涂改本申请无效，请重新填写。
2.申请方式、银行代码等涉及填写代码位置均为保险公司填写，请勿随意填写。
3.凡涉及填写证件类型的，请按以下序号直接填写数字：**1-身份证、2-军人证、3-护照、5-异常身份证、6-回乡证、7-其他、9-户口薄、13-台胞证。**
（二）保全收付费转账授权：申请人承诺提供的账户为申请人真实姓名开立的个人结算账户，并授权合众人寿保险股份有限公司通过此账户进行保全收付费转账处理。因申请人提供的账户有误、余额不足等原因导致的转账问题，由此产生的责任由申请人承担，与合众人寿保险股份有限公司无关。
（三）客户签名提示：为维护您的权益，请勿在空白申请书上签字，签字前请再次核对填写内容、阅读相关文字说明，一经签字确认视同您认同本申请书中所填写内容，且已了解并同意本申请书中相关告知及承诺事项。

保险合同号码 □□□□□□□□□□□□□□□ 申请日期 □□□□年□□月□□日

申请人		证件类型		证件号码	
办理类型	□客户亲办 □业务员代办 □保全员代办 □内勤代办 □其他人代办			联系电话	
申请方式	□柜面 □投递箱 □信函 □银行柜面				
□犹豫期撤保 **□退保**	□整单 □非整单（请填写退保险种的代码） 险种代码 □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ 退保原因 □经济原因 □理赔不满意 □险种不理想 □服务不理想 □人情投保 □业务员告知不实 □夸大保险收益 □混淆保险产品概念 □隐瞒合同重要内容 □篡改客户信息资料 □提供虚假产品信息 □代签字 □客户补充告知被拒 □媒体影响 □出国移居 □家庭成员反对 □业务员自保件 □其他				
□客户基本资料变更	请选择变更对象：□投保人 □被保险人 *名下其他保单将一同变更 姓 名		证件类型	证件号码	
	固定电话		证件有效期	□至 □□□年□□月□□日	□长期
	移动电话	回访电话		E-mail	
	家庭住址	省（自治区） 市 区		邮 编	□□□□□□
	单位地址	省（自治区） 市 区		邮 编	□□□□□□
	联系地址	省（自治区） 市 区		邮 编	□□□□□□
	其他变更				

本次保全收付费方式：□银行转账 □网银支付 □现金

授权银行简称		银行代码	□□□□	银行区域		省	市
授权银行账号	□□□□□□□□□□□□		□□□□	账户类型	□存折 □普通卡		
户名		证件类型		证件号码			

授权委托书

合众人寿保险股份有限公司_____分（支）公司：
本人_____委托_____（证件类型 □□ 有效证件号码 □□□□□□□□□□□□□□□□□□）
自即日起至□□□□年□□月□□日期间内代办上述保险合同变更事宜，若涉及保全收付费，按照本申请书上填写的保全收付费方式处理。本人郑重声明凡由本授权委托书引起的法律纠纷与贵公司无关，受托人自愿承担相应责任；受托人在授权有效期内代为办理委托业务，严格遵循委托人的真实意愿，所实施的行为如超出授权范围，受托人自愿承担相应责任。
受托人是授权人的：□父母 □配偶 □子女 □公司服务人员 □其他

投保人（或申请人）签名：		**被保险人(或其法定监护人)签名：**	
代办人签名：	业务员代码 □□□	□□□□□□□□□□□□ 联系电话	

网点受理人员说明事项：

网点受理人员代码 □□□□□□□□□□□□ 网点受理人员签名： 受理日期 □□□□年□□月□□日

柜面受理人员说明事项：

柜面受理人员代码 □□□□□□□□□□□□ 柜面受理人员签名： 受理日期 □□□□年□□月□□日

Union Life
合众人寿保险股份有限公司

合众人寿保险股份有限公司
Union Life Insurance Co.,Ltd.
保险合同变更申请书（给付领取）

保险合同号码 □□□□□□□□□□□□□□□ 申请日期 □□□□年□□月□□日

申请人		证件类型	□□	证件号码	□□□□□□□□□□□□□□□□□□
办理类型	□客户亲办 □业务员代办 □保全员代办 □内勤代办 □其他人代办			联系电话	
申请方式	□柜面 □投递箱 □信函 □银行柜面				
□客户基本资料变更	请选择变更对象：□投保人 □被保险人 *名下其他保单将一同变更				
	姓 名		证件类型	□□	证件号码 □□□□□□□□□□□□□□□□□□
	固定电话			证件有效期	□至 □□□□年□□月□□日 □长期
	移动电话		回访电话		E-mail
	家庭住址	省（自治区） 市 区			邮 编 □□□□□□
	单位地址	省（自治区） 市 区			邮 编 □□□□□□
	联系地址	省（自治区） 市 区			邮 编 □□□□□□
	其他变更				
□给付领取	*投、被保险人非同一人时，若还需领取红利，请同时填写保全项目红利领取				
	生存金是否全部领取	□是 □否（领取金额¥ 元）			
□不定期给付领取（生存金和红利必须同时全部领取）	*投、被保险人为同一人时，请直接选择生存金、红利账户领取金额，无需再填写保全项目红利领取				
	生存金是否全部领取	□是 □否（领取金额¥ 元）			
	红利是否全部领取	□是 □否（领取金额¥ 元）			
□红利领取	是否全部领取	□是 □否（领取金额¥ 元）			

本次保全收付费方式：□银行转账 □网银支付 □现金

保全项目		授权银行简称		银行代码	□□□□	银行区域		省	市
授权银行账号	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□					账户类型	□存折 □普通卡		
户 名		证件类型	□□	证件号码	□□□□□□□□□□□□□□□□□□				
保全项目		授权银行简称		银行代码	□□□□	银行区域		省	市
授权银行账号	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□					账户类型	□存折 □普通卡		
户 名		证件类型	□□	证件号码	□□□□□□□□□□□□□□□□□□				

授权委托书

合众人寿保险股份有限公司_____分（支）公司：

本人_____委托_____（证件类型 □□ 有效证件号码 □□□□□□□□□□□□□□□□□□）自即日起至 □□□□年□□月□□日期间内代办上述保险合同变更事宜，若涉及保全收付费，按照本申请书上填写的保全收付费方式处理。本人郑重声明凡由本授权委托书引起的法律纠纷与贵公司无关，受托人自愿承担相应责任；受托人在授权有效期内代为办理委托业务，严格遵循委托人的真实意愿，所实施的行为如超出授权范围，受托人自愿承担相应责任。

受托人是授权人的：□父母 □配偶 □子女 □公司服务人员 □其他

声明：投保人和被保险人（或其监护人）同意贵公司将该合同项下的保险金和保单红利（包括因红利产生的收益）给付至上述银行账户中，贵公司将保险金和红利（包括因红利产生的收益）转入上述账户的行为视为贵公司已向权利人履行了给付保险金和红利的义务。

投保人（或申请人）签名：		**被保险人(或其法定监护人)签名：**	
代办人签名：	业务员代码 □□□	联系电话	

网点受理人员说明事项：

网点受理人员代码 □□□□□□□□□□□□ 网点受理人员签名： 受理日期 □□□□年□□月□□日

柜面受理人员说明事项：

柜面受理人员代码 □□□□□□□□□□□□ 柜面受理人员签名： 受理日期 □□□□年□□月□□日