



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（非常用版）

申请书填写须知	<p>(一) 填写要求: 1、填写本保险合同变更申请书前,请您仔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、申请方式及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,请按以下序号直接填写数字:1-身份证、2-军人证、3-护照、4-回乡证、5-台胞证、6-户口簿、7-外国人永久居留证、8-港澳居民居住证、9-台湾居民居住证。</p> <p>(二) 保全收付费转账授权:本人承诺提供的账户为本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。因本人提供的账户有误、余额不足等原因导致的转账问题,由此产生的责任由本人承担,与合众人寿保险股份有限公司无关。</p> <p>(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。</p>																	
	保险合同号												申请日期	年 月 日				
	申请人	<input type="checkbox"/> 投保人 _____ <input type="checkbox"/> 被保险人 _____ <input type="checkbox"/> 其他人 _____											联系电话					
*投保人、被保险人申请,无需填写证件类型、证件号码;其他人申请请填写证件类型、证件号码																		
证件类型	证件号码																	
申请方式	<input type="checkbox"/> 柜面亲办 <input type="checkbox"/> 服务人员代办 <input type="checkbox"/> 其他人代办 <input type="checkbox"/> 信函																	
□资料变更	请选择变更对象 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 身故受益人(请填写原受益人姓名_____)																	
	姓名				性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生日期				年			月			日
	证件类型	证件号码																
	证件有效期	<input type="checkbox"/> 至 年 月 日			<input type="checkbox"/> 长期		电话				国籍							
	新职业				职业代码				邮编									
	联系地址	省(自治区) 市 区(县)																
	其他变更																	
□复效	请填写本次复效险种的代码: _____ *已经停止销售的一年期附加险不能复效																	
□万能追加与领取	追加保费	追加金额¥ _____ 元																
	部分领取	领取金额¥ _____ 元																
	<input type="checkbox"/> 申请万能账户抵缴保费	*申请万能账户抵交保费办理成功后,自下一保单年度开始各期保险费在保单周年日通过万能账户抵缴(应交日当天至宽限期最后一天申请的,当期保费在办理成功当日24时通过万能账户抵缴),抵缴成功后万能账户价值等额减少。																
	<input type="checkbox"/> 取消万能账户抵缴保费	*取消万能账户抵缴保费自办理成功当日24时起按照保单选择的续期交费方式缴纳保费。																
	<input type="checkbox"/> 万能生存给付责任申请	*自您提出申请后的下个保单周年日起,若被保险人每到保单周年日仍生存,我们将在该保单周年日按合同约定给付生存年金,给付后万能个人账户价值等额减少。																
□保单迁移	迁入机构代码				联系电话													
	服务人员代码				邮编													
	联系地址	省(自治区) 市 区																

□险种计划变更														
项目编码： 1-新增主附险 2-终止附约 3-缴费期限变更 4-保额变更														
项目编码	①险种代码			②险种序号			③保障年期类型	④保障时间	⑤交费年期类型	⑥交费年期/年龄	⑦保额/份数	⑧保险费	⑨年金开始领取年龄	
*新增主附险请填写①②③④⑤⑥，并根据保费计算方向填写⑦或⑧，新增的险种涉及确认年金开始领取年龄的请同时填写⑨ *终止附约请填写①；缴费期限变更请填写①⑤⑥；保额变更根据保费计算方向填写①⑦或①⑧ *保障年期类型：1-终身、2-按年限保、3-保至某确定年龄 *交费年期类型：1-趸交、2-按年限交、3-交至某确定年龄														
□结束自垫	*申请结束本合同的自动垫交保费状态。投保人向保险公司全额偿还代为垫交的保费及利息后本申请生效，保单恢复正常交费状态。													
□险种转换	原险种代码							转换后险种代码						
□缴费频率	变更后缴费频率： <input type="checkbox"/> 月缴 <input type="checkbox"/> 年缴													
□其他	*其他变更内容：													
本次保全收付款方式： <input type="checkbox"/> 银行转账（ <input type="checkbox"/> 使用最近一期缴费成功账号，无需填写账号信息） <input type="checkbox"/> 网银支付														
授权银行简称											银行代码			
授权银行账号														
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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ）													
	有效证件号码 <input style="width: 600px; height: 20px;" type="text"/> ，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款方式处理。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： <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 公司服务人员 <input type="checkbox"/> 其他_____														
声明：①本人充分理解并同意将本人提供给贵公司的信息授权给贵公司和贵公司委托的第三方使用，以便贵公司更好地提供相关服务，但法律法规明确禁止的情形除外。②本人同意以提供的有效证件更新该证件类型证件有效期。														
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										
				代办人电话										
网点受理人员签名：				网点受理人员代码										
				网点受理日期		年 月 日								
经办人员签名：				经办人员代码										
				经办日期		年 月 日								