



030201

保险合同变更申请书（涉核保类）

保险合同号

申请人_____（投保人 第_____被保险人） 申请日期_____年_____月_____日

一、填写说明： 1. 请仔细阅读申请书中相关事项，用黑色签字笔或钢笔勾选并用正楷填写本申请书，涂改无效。

2. 请保持申请书签名与留存本公司的签名样本一致，若签名发生变化，需向我公司申请变更。

二、申请事项：

□1 客户资料变更 (只需填写需要变更的内容)	请选择变更对象： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 其他被保险人（第_____被保险人） <input type="checkbox"/> 受益人						
	姓名：_____ 性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期：_____年_____月_____日 国籍：_____						
	证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 证件有效期：_____						
有效证件号： <input type="text"/>							
□2 投保人变更	新投保人姓名：_____ 性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期：_____年_____月_____日 国籍：_____						
	婚姻状况： <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 丧偶 与被保险人关系： <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：_____						
	证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 证件有效期：_____						
有效证件号： <input type="text"/>							
工作单位：_____ 职业：_____ 年收入：_____							
家庭电话：_____ 手机：_____ 联系地址：_____ 邮编：_____							
新投保人签名：_____ 日期：_____年_____月_____日							
□3 第_____被保险人身故受益人变更	姓名	出生日期	证件号码	证件有效期	与被保险人关系	受益比例(%)	受益顺序
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
□4 第_____被保险人职业类别变更	职业变更时间：_____ 变更后职业：_____ 变更后职业代码：_____						
□5 保险金额变更	□增加 <input type="checkbox"/> 减少 <input type="checkbox"/> 第_____被保险人_____险 保额由：_____元 变更为：_____元；						
	□增加 <input type="checkbox"/> 减少 <input type="checkbox"/> 第_____被保险人_____险 保额由：_____元 变更为：_____元；						
□6 保单复效	请选择复效险种： <input type="checkbox"/> 主险复效 <input type="checkbox"/> 主险、附加险（长期）一同复效 保险合同复效后，根据条款约定将重新计算观察期，请同时填写《健康告知》。						
□7 补充告知	告知对象： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 第_____被保险人 告知内容：_____						
□8 新增附约 请同时填写《健康告知》	新增附约时，根据不同产品，请确认险种责任生效日： <input type="checkbox"/> 即时生效 <input type="checkbox"/> 下一个应缴日						
	险种名称	被保险人	保额/档次/份数	交费期间	保险期间		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

三、保险款项收付方式：

收付款方式	<input type="checkbox"/> 支票 <input type="checkbox"/> 转账 <input type="checkbox"/> 网上银行 <input type="checkbox"/> 其他_____	开户银行	<input type="text"/>
账户名	<input type="text"/>	账号	<input type="text"/>

