

## 保险合同变更申请书（非补退费类）

|   |   |   |  |  |   |   |                 |             |          |          |
|---|---|---|--|--|---|---|-----------------|-------------|----------|----------|
| <b>说明：</b> 1. 请选择您要办理变更的项目，然后用黑色钢笔或黑色签字笔在变更项目前的□内打√，并正楷填写需变更的内容。<br>2. 为维护您的权益，如您的地址、电话等个人信息发生变化，请及时拨打服务热线4008003003或通过官方微信等其他方式办理变更。 |   |   |  |  |   |   |                 |             |          |          |
| 保单号码：   |   | 投保人：  |  |  | 被保险人：   |   |                 | 申请日期： 年 月 日 |          |          |
| 申请类型  |   | <input type="checkbox"/> 资格人本人亲办 <input type="checkbox"/> 委托服务人员代办 <input type="checkbox"/> 委托其他人代办 <input type="checkbox"/> 快递 <input type="checkbox"/> 其他_____              |  |  |   |   |                 |             |          |          |
| *您是否仅为中国税收居民  |   | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <b>（若否，请补充填写《个人所得税居民身份声明文件》）</b> *：当申请项目为第 1/5 项时需勾选  |  |  |   |   |                 |             |          |          |
| □1. *客户基本资料变更<br>（只填写需要变更的内容）   | <input type="checkbox"/> 投保人<br><input type="checkbox"/> 被保险人<br><input type="checkbox"/> 受益人 |   | 投（被）保险人名下所有保单是否同时变更 <b>（未选择默认为否）</b> <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |  |   |   |                 |             |          |          |
|   |   |   | 姓名：  |  | 移动电话：   |   | 固定电话：           |             |          |          |
|   |   |   | 电子邮箱：  |  |   |   | 工作单位：           |             |          |          |
|   |   |   | <input type="checkbox"/> 联系地址 <input type="checkbox"/> 工作单位地址： 省/自治区 市 区                   |  |   |   |                 |             |          |          |
|   |   |   | 生日： ____年__月__日  |  | 性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |   | 邮编：             |             |          |          |
|   |   |   | 国籍：  |  | 证件类型：   |   | 证件号码：           |             |          |          |
|   |   |   | 证件有效期： ____至____   |  |   | 职业/职业代码： /  |                 |             |          |          |
|   |   |   | 其它项目：  |  | 变更内容：   |   | 原因：             |             |          |          |
| □2. 信函寄送方式变更  |   | 寄送方式： <input type="checkbox"/> 纸质 <input type="checkbox"/> 短信 <input type="checkbox"/> 微信 <input type="checkbox"/> 邮箱 EMAIL： _____  |  |  |   |   |                 |             |          |          |
| □3. 受益人变更   |   | 若指定身故受益人，请同时在第 1 项填写受益人移动电话及联系地址  |  |  |   |   |                 | 原因：         |          |          |
|   |   | 姓名  | 性<br>别   | 出生<br>日期   | 证件<br>类型  | 证件号码  | 证件有效期           | 是被保<br>险人的  | 受益<br>顺序 | 受益<br>比例 |
|   |   |   |  |  |   |   | ____至____       |             |          |          |
|   |   |   |  |  |   |   | ____至____       |             |          |          |
| □4. 保单交费账号变更  |   | 投保人名下所有保单是否同时变更 <b>（未选择默认为否）</b> <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否    原因：   |  |  |   |   |                 |             |          |          |
|   |   | 账户名：  |  | 开户银行：  |   | 银行账号：   |                 |             |          |          |
|   |   | 新投保人姓名：   |  | 生日： ____年__月__日  |   | 性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |                 | 国籍：         |          |          |
|   |   | 证件类型：   |  | 工作单位：  |   | 职业/职业代码： /  |                 |             |          |          |
| □5. *投保人变更<br><br><b>新投保人签名：</b>  |   | 证件号码：   |  |  | 证件有效期： ____至____  |   |                 |             |          |          |
|   |   | 移动电话：   |  | 固定电话：  |   | 邮箱 EMAIL：   |                 |             |          |          |
|   |   | 联系地址： 省/自治区 市 区   |  |  |   | 是被保险人的：   |                 |             |          |          |
|   |   | 邮编：   |  | 投保人变更原因：   |   |   | 请在第 4 项填写账号变更信息 |             |          |          |
|   |   | 新投保人与原投保人声明：本人知悉并同意自此变更生效之日起，在本保险合同中新投保人与原投保人同等的权利义务，新投保人承接原投保人权益及义务；保险人对原投保人主张的权利可以对新投保人主张。  |  |  |   |   |                 |             |          |          |
|   |   | □7. 保单补发  |  | <b>投保人声明：</b> 因_____原因，现申请保单补发，自保单补发之日起，原保单作废。<br>注：非首次打印纸质合同，需收取 10 元工本费/次。 |   |   |                 |             |          |          |
| 补发类型： <input type="checkbox"/> 电子保单，邮箱 EMAIL： _____ <input type="checkbox"/> 纸质保单   |   |   |  |  |   |   |                 |             |          |          |
| 账户名：  |   |   |  | 开户银行：  |   | 银行账号：   |                 |             |          |          |
| □8. 生存金领取方式变更<br>□9. 红利领取方式变更   |   | 变更后领取方式为： <input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 抵交保费（仅支持红利） <input type="checkbox"/> 现金领取 <input type="checkbox"/> 转入万能账户 <input type="checkbox"/> 其他： _____ |  |  |   |   |                 |             |          |          |
|   |   | <b>投保人与被保险人声明：</b> 本人生存保险金或红利领取方式若选择转入指定万能账户，即视同约定产品各期生存金或红利转入该账户，转入该账户的生存保险金或红利由万能保险投保人按万能保险合同约定行使权力。  |  |  |   |   |                 |             |          |          |
| □10. 生存金领取频率变更  |   | <input type="checkbox"/> 月领转换年领 <input type="checkbox"/> 年领转换月领   |  |  |   |   |                 |             |          |          |

|                   |   |                                       |  |
|-------------------|---|---------------------------------------|--|
| □11. 生存金给付授权转账及变更 | <input type="checkbox"/> 申请给付转账授权   | <input type="checkbox"/> 申请变更给付转账授权账号 | <input type="checkbox"/> 申请取消生存金给付转账授权 |
|                   | 账户名:  | 授权银行:                                 | 银行账号:                                  |
| □12. 签名变更         | <input type="checkbox"/> 投保人<br><input type="checkbox"/> 被保险人（或其法定监护人） 新签名样式_____         |                                       |  |
|                   | <b>本人声明：1. 今后凡涉及保险合同的一切签名均按以上提供的签名样式为准；</b><br><b>2. 原投保书及健康告知、财务及其他告知等资料中所填写的资料真实有效。</b> |                                       |  |
| □13. 保单挂失/挂失解除    | <input type="checkbox"/> 申请保单挂失，挂失原因:   |                                       | <input type="checkbox"/> 申请挂失解除        |
| □14. 其他           |   |                                       |  |

### 保险款项银行转账收付授权

投保人/被保险人（以下简称本人）自愿对财信吉祥人寿保险股份有限公司（以下简称贵公司）及开户银行授权如下：

1. 本人同意授权贵公司和银行从转账授权账户中划扣保险合同约定的各期保险费，并知晓贵公司在保险合同撤销、失效或进入缓交期前定期划扣保险费，直至成功划扣；若变更授权账户或终止本授权，本人将在下一个保险费应交日至少十五日前书面通知贵公司，变更或终止前，本授权始终有效。（本项声明仅对交费账号变更项目有效）
2. 自本《保险合同变更申请书》生效之日起，授权贵公司将以以后各期续领款项，通过该授权账户返还。若需变更授权账户或终止本授权，本人将在下一个领取日至少十五日前书面通知贵公司，变更或终止之前，本授权始终有效。（本项声明仅对生存金给付授权转账及变更项目有效）
3. 本人保证授权账户处于可转账状态，因账户挂失、冻结、账户余额不足、账户注销或其他原因导致转账不成功而引发的后果，概由本人承担。
4. 本人确认授权账户为本人所有且真实可靠，授权账户是本人真实姓名开立结算账户，如有虚假，本人愿承担由此引起的一切法律责任。

### 委托授权及签名确认

本人现委托\_\_\_\_\_（先生/女士）（证件类型\_\_\_\_\_证件号码\_\_\_\_\_）代办本申请书中保单下的\_\_\_\_\_事宜，由此产生的后果由本人自负，该委托自申请日起十日内有效。

授权人与受托人的关系： 父母  配偶  子女  公司服务人员  其他\_\_\_\_\_

**受托人声明：**受托人保证授权人的签名为亲笔签名，如有纠纷，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，严格遵循授权人的真实意愿，所实施的行为如超出授权范围，受托人自愿承担相应责任。（若委托他人代办请填写以上内容）

#### 客户声明：

本人已阅读并理解保全申请的各项内容，且在申请的所有陈述和告知均完整、真实。如有隐瞒或不实告知，贵公司有权在法定期限内解除合同。贵公司采集客户信息特别是电话和地址的用途，包括但不限于计算保费、核保、寄送保单、客户回访、客户服务等。贵公司承诺未经本人同意，不会将客户信息用于人身保险公司和第三方机构的销售活动。针对投保人在保全过程中提交的未成年人信息，贵公司将严格按照法律法规要求，采取严格的信息安全管控措施，保障未成年人的信息安全与合法权益。

本人同意贵公司因业务需要搜集、计算机处理、传递本人之个人资料的权利。同意将投保人、被保险人或法定监护人、指定身故受益人身份信息（如姓名、证件类型、证件号码、电话等信息）共享至法律法规规定的保险实名查验登记系统或合法第三方信息认证机构，用于验证投保人、被保险人或法定监护人、指定身故受益人身份信息真实性。同意贵公司向司法及监管机构、有权机关、行业协会、中国银行保险信息技术管理有限公司（简称“中国银保信”）、再保公司报送本人的全部保单信息和保全信息。中国银保信基于为本人或保险公司提供服务的需要对上述信息进行必要的使用及与相关机构进行信息共享，但均应严格履行保密义务。

|          |       |                  |               |
|----------|-------|------------------|---------------|
| 投保人签名:   | 联系电话: | 被保险人(或其法定监护人)签名: | 联系电话:         |
| 委托代办人签名: |       | 联系电话:            | 业务员代码(业务员代办): |
| 其他说明事项:  |       |                  |               |

### 保险公司填写栏

说明事项:

受理人员签名: \_\_\_\_\_ 受理日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日