

保险合同变更申请书（投连转换、电销产品专用）

填写须知：

1. 您所申请的变更项目，经本公司审核同意后生效，生效日期以批单所载日期为准。
2. 请保持申请书签名与留存于本公司的签名样本一致。为维护您的权益，请勿在空白申请书上签名。
3. 您申请办理以下带*号的保全项目时，须同时提交《健康、财务及其它告知书》。
4. 请在所选择保全项目前的□内打√，并用钢笔或签字笔清晰无误的填写所需要办理的内容。

保单号码		投保人		电话/手机		
基本信息变更	<input type="checkbox"/> 电话地址变更	通讯地址：_____ 邮政编码：_____		移动电话：_____ 家庭电话：_____ 办公电话：_____		
	<input type="checkbox"/> 客户资料变更	变更对象 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 受益人	变更内容 <input type="checkbox"/> 姓名证件 <input type="checkbox"/> 生日性别* <input type="checkbox"/> 职业工种*	姓名：_____ 性别：_____ 出生日期：_____	证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 其它：	
				证件号码		
				职业：_____ 国籍：_____ 年收入：_____ 万元		
	<input type="checkbox"/> 身故受益人变更	新受益人姓名	性别	出生日期	是被保险人的	受益顺序
						受益比例
					证件类型	
					证件号码	
<input type="checkbox"/> 续期交费账号变更	账户所有人姓名：_____ 开户银行：_____ 银行账号：_____		投保人名下的所有保单是否同时变更： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
<input type="checkbox"/> 交费频率变更	<input type="checkbox"/> 年交 <input type="checkbox"/> 月交					
保险计划变更	<input type="checkbox"/> 解除合同	解除合同原因： <input type="checkbox"/> 经济原因 <input type="checkbox"/> 出国定居 <input type="checkbox"/> 险种不理想 <input type="checkbox"/> 服务不满意 <input type="checkbox"/> 其他：				
	<input type="checkbox"/> 短期险预约终止	退费账户信息（户名须与投保人一致）： 开户银行：_____ 户名：_____ 银行账号：_____				
投连	<input type="checkbox"/> 投资单位转换	转出账户类型	投资单位数量	转入账户类型		
	<input type="checkbox"/> 复效*	复效须知： 复效后含有“观察期”及“等待期”的险种，需重新计算观察期及等待期。				
其他	<input type="checkbox"/> 补充告知*	补充告知对象： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 补充告知内容：				
	<input type="checkbox"/> 红利领取方式变更	<input type="checkbox"/> 现金领取 <input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 抵交保险费				
	<input type="checkbox"/> 红利领取	领取金额：_____ 元				
	<input type="checkbox"/> 补发保单	保单由于_____ 原因补发，原保单自补发之日起作废。				
	<input type="checkbox"/> 保单余额退费	退费金额：_____ 元				
	<input type="checkbox"/> 保单借款清偿 <input type="checkbox"/> 结束自动垫交	还款金额：_____ 元（部分还款时须填写）				
	<input type="checkbox"/> 自动垫交选择	是否选择保险费自动垫交： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
说明栏						
是否需要为您邮寄变更批单： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 邮寄地址： <input type="checkbox"/> 同保单通讯地址 <input type="checkbox"/> 其他：						
投保人签名：			被保险人或其监护人签名：			
申请日期：			申请日期：			
保险公司受理人签名：			受理日期：			