

保险合同变更申请书

保险单号/客户号 投保人 被保险人 申请日期 年月日

请在变更之前仔细阅读下列的客户须知，然后用黑色钢笔或签字笔在变更项目前的□内打√，并正楷填写申请内容。

- 如果您申请的变更项目与法律规定或者保险合同约定不符，则该申请项目无效。
- 如果您申请的项目涉及收付费，则提供的银行账户所有人须为资格人本人的结算账户，并自愿授权小康人寿保险有限责任公司（以下简称本公司）使用您指定的银行结算账户进行各类保险款项的收付费转账处理。如果因您提供的授权账户错误、账户注销、账户内余额不足或不符合本公司对授权转账账户的要求而导致的收付费不成功，本公司不承担由此引起的责任。
- 当您申请新增附加险时，请确认您已认真阅读了新增险种的保险责任及责任免除条款，并同意遵守条款约定。
- 当您办理减额交清后，保额相应减少，本公司按减少后的保额承担相应的保险责任，减额交清后不可再恢复原保额。
- 带“*”类项目须填写健康及财务告知申请书。

一、保险计划变更类

1. <input type="checkbox"/> 犹豫期退保	<input type="checkbox"/> 整单申请																														
2. <input type="checkbox"/> 退保	<input type="checkbox"/> 附加险(险种简称/代码) _____、_____、_____、_____、_____、_____																														
3. <input type="checkbox"/> 减保	<table border="1"> <thead> <tr> <th>险种简称/代码</th> <th>是否自动续保</th> <th>新保额/份数/档次</th> <th>新保费</th> <th>交费期间</th> <th>保险期间</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	险种简称/代码	是否自动续保	新保额/份数/档次	新保费	交费期间	保险期间	_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____	_____	_____	_____
险种简称/代码	是否自动续保	新保额/份数/档次	新保费	交费期间	保险期间																										
_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____	_____	_____	_____																										
_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____	_____	_____	_____																										
_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____	_____	_____	_____																										
_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____	_____	_____	_____																										
4. <input type="checkbox"/> 新增保障*																															
5. <input type="checkbox"/> 续保方式变更																															
1、2项须填写	<p>原因：<input type="checkbox"/> 个人经济原因，无力负担保费 <input type="checkbox"/> 对险种不满意 <input type="checkbox"/> 对业务员不满意 <input type="checkbox"/> 对公司服务不满意 <input type="checkbox"/> 人情投保 <input type="checkbox"/> 其它 _____</p> <p>其他：<input type="checkbox"/> 发票遗失</p>																														
6. <input type="checkbox"/> 保单复效*	1. 本人认可自恢复效力之日起重新计算除外责任期间；2. 本人认可一年期险种不能同时恢复效力。																														
7. <input type="checkbox"/> 减额交清																															

二、客户资料变更类

1. <input type="checkbox"/> 客户资料变更*	若申办第□项业务，请选择变更对象： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 受益人																											
2. <input type="checkbox"/> 客户联系方式变更	姓名 <input type="text"/> 性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期： <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 证件号码： <input type="text"/> 证件有效期：至 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日或 <input type="checkbox"/> 长期 驾照类型 <input type="text"/> 教育程度 <input type="text"/> 职业名称 <input type="text"/> 职业代码 <input type="text"/> 紧急联系人 <input type="text"/> 紧急联系人电话 <input type="text"/> 婚姻状况 <input type="text"/> 国籍 <input type="text"/> 户籍 <input type="text"/> 工作单位 <input type="text"/> 移动电话： <input type="text"/> 回访电话： <input type="text"/> 微信号 <input type="text"/> 固定电话（区号+号码）： <input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 办公 <input type="text"/> 电子邮箱 <input type="text"/> 信函寄送方式 <input type="checkbox"/> 电子信函 <input type="checkbox"/> 纸质信函 联系地址 <input type="text"/> 省/自治区 <input type="text"/> 市 <input type="text"/> 区/县 <input type="text"/> 邮编 <input type="text"/> 开户银行 <input type="text"/> 银行账号 <input type="text"/> 账户姓名 <input type="text"/>																											
3. <input type="checkbox"/> 投保人变更*	与被保人关系 <input type="text"/>																											
4. <input type="checkbox"/> 保单迁移	申请本项变更需同时填写 银行帐号变更信息 迁入机构名称： <input type="text"/>																											
5. <input type="checkbox"/> 受益人变更*	受益人性质： <input type="checkbox"/> 生存受益人 <input type="checkbox"/> 身故受益人																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>姓名</th> <th>性别</th> <th>出生日期</th> <th>证件类型</th> <th>证件号码</th> <th>有效期</th> <th>与被保人关系</th> <th>受益比例</th> <th>受益顺序</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>至 <input type="text"/>年<input type="text"/>月<input type="text"/>日或 <input type="checkbox"/> 长期</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/>%</td> <td>第 <input type="text"/> 顺序</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>至 <input type="text"/>年<input type="text"/>月<input type="text"/>日或 <input type="checkbox"/> 长期</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/>%</td> <td>第 <input type="text"/> 顺序</td> </tr> </tbody> </table>	姓名	性别	出生日期	证件类型	证件号码	有效期	与被保人关系	受益比例	受益顺序	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	至 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日或 <input type="checkbox"/> 长期	<input type="text"/>	<input type="text"/> %	第 <input type="text"/> 顺序	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	至 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日或 <input type="checkbox"/> 长期	<input type="text"/>	<input type="text"/> %	第 <input type="text"/> 顺序
姓名	性别	出生日期	证件类型	证件号码	有效期	与被保人关系	受益比例	受益顺序																				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	至 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日或 <input type="checkbox"/> 长期	<input type="text"/>	<input type="text"/> %	第 <input type="text"/> 顺序																				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	至 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日或 <input type="checkbox"/> 长期	<input type="text"/>	<input type="text"/> %	第 <input type="text"/> 顺序																				

