



保险合同变更申请书

请用黑色钢笔或黑色签字笔在下面变更项目□处打√，并用正楷字填写相关内容。

版本号：3.0

保险合同号/身份证件号											申请日期	年 月 日
申请类型： <input type="checkbox"/> 本人保险公司柜面申请 <input type="checkbox"/> 本人银行柜面申请 <input type="checkbox"/> 委托服务人员代办 <input type="checkbox"/> 委托他人代办 <input type="checkbox"/> 邮寄 <input type="checkbox"/> 其他_____												
本人（申请人）申请以下第_____项变更事项，并同意变更生效日以贵公司出具批单批注的生效日为准。												

一、客户资料变更类

保全项目	<input type="checkbox"/> 101 客户联系方式变更 <input type="checkbox"/> 105 补充告知*	<input type="checkbox"/> 102 客户基本资料变更 <input type="checkbox"/> 106 投保人变更*	<input type="checkbox"/> 103 客户重要资料变更* <input type="checkbox"/> 107 指定第二投保人	<input type="checkbox"/> 104 身故受益人变更 <input type="checkbox"/> 108 撤销第二投保人变更	
变更对象	<input type="checkbox"/> 投保人		<input type="checkbox"/> 被保险人		<input type="checkbox"/> 受益人 姓名：

请您根据本次变更信息填写下方相对应部分内容，不变更的信息无需填写。

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"/> 外国护照 <input type="checkbox"/> 其他_____			证件号码							
				证件有效期	年 月 日		至	年 月 日	/ <input type="checkbox"/> 长期		
职业	<input type="checkbox"/>	职业代码	<input type="checkbox"/>	单位名称	<input type="checkbox"/> 城镇居民 <input type="checkbox"/> 农村居民	年收入/家庭年收入	/ 万元				
个人税收居民身份	<input type="checkbox"/> 仅为本国税收居民 <input type="checkbox"/> 仅为非居民			<input type="checkbox"/> 既是中国税收居民又是其他国家（地区）税收居民							
移动电话						E-mail			邮编		
常住地址	省（直辖市）		市	区/县							

若申请【106 投保人变更/107 指定第二投保人】项目时，请填写新投保人/第二投保人与被保险人的关系：本人 父母 配偶 子女 其他_____。

本人及被保险人确认告知的新投保人/第二投保人与被保险人的关系真实、无误。/【106 投保人变更】若涉及续期交费的请同时填写本申请书的【银行转账授权书】。

您本次申请的上述信息变更生效后，在我司的其他保单的信息将同步更新。

受益人姓名	性别	出生日期	与被保险人关系	证件类型	证件号码	证件有效期	受益顺序	受益份额	移动电话
								%	
								%	

本人及被保险人确认告知的受益人与被保险人的关系真实、无误。

二、合同解除类

保全项目	<input type="checkbox"/> 201 犹豫期退保* <input type="checkbox"/> 202 退保* <input type="checkbox"/> 203 预约终止	变更险种： <input type="checkbox"/> 所有险种 <input type="checkbox"/> 部分险种（请列明险种明细）					
犹豫期退保/退保原因： <input type="checkbox"/> 经济原因 <input type="checkbox"/> 产品不满意 <input type="checkbox"/> 收益不满意 <input type="checkbox"/> 服务不理想				<input type="checkbox"/> 其他（请详述）_____			
序号	险种名称（含险种代码）			序号	险种名称（含险种代码）		

三、险种计划变更类

保全项目	<input type="checkbox"/> 301 新增附加险* <input type="checkbox"/> 302 减少保额* <input type="checkbox"/> 303 复效* <input type="checkbox"/> 304 减额交清						
险种名称（含险种代码）			保险期间	交费期间	调整后的保险金额/份数	领取金额	其他
减少保额原因： <input type="checkbox"/> 调整保障需求 <input type="checkbox"/> 经济原因 <input type="checkbox"/> 产品不满意 <input type="checkbox"/> 服务不满意 <input type="checkbox"/> 收益不满意 <input type="checkbox"/> 其他（请详述）_____							

四、给付类与追加类项目

<input type="checkbox"/> 401 红利领取方式变更及转账授权*	<input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 现金领取（若选择“现金领取”需授权红利到期自动领取银行账户信息）					
<input type="checkbox"/> 402 红利领取*	申请金额（大写）： 佰 拾 万 仟 佰 拾 元 角 分（小写）： ￥_____元。					
<input type="checkbox"/> 403 生存金变更及转账授权*	<input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 现金领取（若选择“现金领取”需授权生存金到期自动领取银行账户信息）					
<input type="checkbox"/> 404 生存金/满期金领取*	<input type="checkbox"/> 生存金领取 <input type="checkbox"/> 满期金领取 请填写本申请书的【银行转账授权书】内容。					
<input type="checkbox"/> 405 追加保险费*	追加保费金额（大写）： 仟 佰 拾 万 仟 佰 拾 元整（小写）： ￥_____元。					
<input type="checkbox"/> 406 部分领取*	申请领取金额（大写）： 仟 佰 拾 万 仟 佰 拾 元整（小写）： ￥_____元。					
领取原因： <input type="checkbox"/> 调整保障需求 <input type="checkbox"/> 经济原因 <input type="checkbox"/> 产品不满意 <input type="checkbox"/> 服务不满意 <input type="checkbox"/> 收益不满意 <input type="checkbox"/> 其他（请详述）_____						

五、合同信息变更类

<input type="checkbox"/> 501 保单交费信息变更* <input type="checkbox"/> 502 逾期未付处理变更	<input type="checkbox"/> 同步更新所有保单 <input type="checkbox"/> 仅变更当前保单	请填写本申请书的【银行转账授权书】内容	
	<input type="checkbox"/> 合同效力中止 <input type="checkbox"/> 自动垫交		

□503 年金领取频率变更	<input type="checkbox"/> 月领 <input type="checkbox"/> 年龄
□504 年金领取日变更	变更后年金领取日: <input type="checkbox"/> 55岁 <input type="checkbox"/> 58岁 <input type="checkbox"/> 60岁 <input type="checkbox"/> 63岁 <input type="checkbox"/> 65岁 <input type="checkbox"/> 投保年龄+1周岁 <input type="checkbox"/> 其他_____
□505 结束自动垫交*	特别说明: 1. 养老年金首次领取年龄不得早于合同生效时国家规定的退休年龄。 2. 可申请变更的时间和变更后的首次领取年龄已合同条款中约定的可变更时间和首次领取年龄为准。
□506 保单补发	本人郑重声明:自保险合同补发之日起,原纸质保险合同作废。贵公司只依据本次补发的保险合同承担保险责任,原保险合同无任何转让、质押事实,也没有相关的债务及诉讼事项。
□507 签名变更	变更签名原因: <input type="checkbox"/> 签名风格变化 <input type="checkbox"/> 补签名 投保人签名样式: _____ 被保险人签名样式: _____ 声明:自即日起,本人签名以本次变更后签名样本为准。本人确认此前与贵公司签署的所有相关文档内容完全属实无误。 若涉及风险提示语句补抄录,请详细阅读保险合同条款及产品说明书后抄录下列语句: 本人已阅读保险条款、产品说明书和投保提示书,了解本产品的特点和保单利益的不确定性。
□T00 其他	

授权委托书

本人授权委托_____女士/先生(证件类型_____、证件号码_____、证件有效期起止日_____至_____)，联系电话_____，负责办理第_____项变更事项，由此产生的权利、义务均由本人享有和承担，该委托自申请日起10日内有效。本申请书的影印件，构成保险合同的一部分。

当您申请的保全项目右上角带★号时，代表该保全项目可能涉及收/付费，请您填写下方的银行转账授权书。

银行转账授权书

收/付费方式: 续期账号银行转账 其他

账户名	开户银行
开户行所在地 省 市 支行	授权账号

本人郑重声明已仔细阅知、理解下述各项规定并同意遵守:

- 本人授权小康人寿保险有限责任公司(以下简称“小康人寿”)和小康人寿委托的经办银行(或第三方结算支付机构)从本人本次授权账户中通过自动转账收付资金,用于本次及以后该授权项目费用的自动收付款。
- 本人保证本次授权账户是以本人真实姓名开立的银行结算账户(银行卡/存折),且账户所有人为授权人本人。
- 保险合同中的投保人、被保险人、受益人的证件有效期过期会影响正常收付款,如因证件有效期过期未及时更新所引起的收付款延误,由本人承担。
- 如因本人账户余额不足或提供错误结算账户或账户挂失、冻结、销户或账户变动而未及时办理转账授权变更手续等原因造成收付费不成功而引起的责任,由本人承担。

下列信息涉及您的重大权益调整,请在变更之前仔细阅读:

- 当您申请【投保人变更】时,新投保人必须明确自己享有的本合同项下与投保人相关的权利,并愿意履行相关义务,同时需签署《投保人声明与授权》。
- 当您申请【新增附加险】时,请确认本公司的工作人员已向您详细解释了新增险种的保险责任及责任免除条款,且您对于保险责任及责任免除条款均认可。
- 当您申请【减额交清】时,请确认您已了解保险条款关于减额交清的约定内容,且已知悉并认可减额交清对您保险合同调整内容。
- 当您申请【红利领取方式变更及转账授权】且授权红利到期自动领取银行账户信息时,您已知悉保险合同中的投保人、被保险人、受益人的证件过期需通过我司微信公众号小康人寿办理更新,并同意在证件过期期间我司有权停止红利到期自动转账。
- 当您申请【生存金变更及转账授权】且授权生存金到期自动领取银行账户信息时,请您关注:
 - 您已知悉保险合同中的投保人、被保险人、受益人的证件过期需通过我司微信公众号小康人寿办理更新,并同意在证件过期期间我司有权停止红利到期自动转账。
 - 在生存金时,您有义务协助我司完成生存调查相关工作,并同意在生存调查期间我司有权停止生存金到期自动转账。
- 当您成功办理【犹豫期退保】、【退保】、【满期领取】后,原保险合同作废。

(原) 投保人签名	被保险人(监护人)签名	(新) 投保人签名	其他人签名	其他代办人签名	营销人员签名及编号
本公司受理人员填写	受理人员姓名:	受理人员代码:	受理日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日		