

个人保险合同保全变更申请书

保险合同号码：		投保人姓名：		保全受理号：				
申请日期：_____年____月____日								
申请人声明：同意变更生效日以弘康人寿保险股份有限公司出具的批单生效日为准，变更申请书中所有陈述均属真实并亲笔签名。请根据您的所需变更事项，在下列相应的方格内打“√”，并在该栏填写变更内容。如需详述，请在《其他说明》栏中填写。								
01 投保人资料变更	姓名：_____ 性别：男 女 出生日期：_____年____月____日 证件类型：_____ 证件号码： <input type="text"/>							
02 被保险人资料变更	证件有效期至_____年____月____日 终身 国籍（被保险人资料）： 中国 其他：_____							
03 受益人资料变更	单位名称（被保险人资料）：_____ 与投保人/被保险人关系： 配偶 子女 父母							
04 联系方式变更	保单通讯地址： _____ 邮编： _____ Email： _____ 固定电话： _____ 手机： _____ 回访电话： 固话 手机							
05 缴费方式和账号变更	银行转账（开户银行_____账户持有人：_____账号：_____） 您选择的续期缴费方式为转账，本公司视为您已详细阅读并同意以下保险费自动转账授权声明： 1、账户持有人须以本人真实姓名开立银行账户，并自愿授权弘康人寿保险股份有限公司（以下简称本公司）使用指定银行账户（以下简称授权账户）用于续期保险费转账扣款； 2、账户持有人须保证此账号真实有效并有足够的金额支付应缴保险费，若因授权账户错误、账户注销、账户金额不足或授权账户不符合本公司对授权账户要求而导致转账不成功，致使合同不能成立或不能持续有效，由此引起的保险责任概由账户持有人承担（为了避免清户，账户中余额要始终保持在10元以上）； 3、本公司不对该授权账户的失窃或冒领承担责任； 账户持有人若因故结清账户，应重新开立账户，并及时通知本公司进行变更。							
06 职业变更	选择变更对象： 投保人 被保险人 现服务单位名称：_____ 就职日期：_____年____月____日 现职业内容：_____ 职业代码（保险公司填写）：_____							
07 受益人变更（请列出变更后所有受益人信息）	选择变更的受益人类型： 身故 满期 生存 残疾 重大疾病 医疗保险金 申请变更受益人的险种：							
	受益顺序	受益份额（%）	姓名	性别	出生日期	证件类型	证件号码	与被保险人关系
08 更换投保人（请同时变更续期缴费账号）	新投保人姓名：_____ 性别：男 女 出生日期：_____年____月____日 证件类型：_____ 证件号码： <input type="text"/> 与被保险人关系： 配偶 子女 父母 证件有效期至_____年____月____日 终身 居住地址：_____ 邮政编码：_____ 固定电话：_____ 手机：_____ Email：_____ 回访电话： 固话 手机 通讯地址： 同居住地址 其他：_____ 邮政编码：_____							
	更换原因：_____（注：若更换投保人原因为原投保人身故需同时填写《更换投保人声明书》）变更后投保人签名确认：_____ 签名日期：_____年____月____日							
09 变更投保人签名	投保人新签名样本：_____ 保险人(监护人)新签名样本：_____							
10 变更被保险人签名	声明：自即日起，本人签名样本以本次变更签名样本为准。此前所签署的本合同的所有相关文档，本人承认其签署真实有效。							
11 犹豫期合同撤销	申请犹豫期合同撤销的险种：_____ 注：该项变更仅限于有合同撤销条款的险种。							
12 合同解除	选择变更对象： 整单解除 个别险种解除：申请解除险种： 选择合同解除的原因：1 经济原因 2 险种不理想 3 服务不理想 4 业务员不实告知 5 其它：							
13 挂失及补发合同	投保人声明：自保险单补发之日起，原保险单作废。本次补发为第____次补发。注：补发合同需交纳工本费人民币10元。							

14 保单借款	本年度第 次借款	金额 ¥ _____ (大写) 佰 拾 万 仟 佰 拾 元整			
15 保单借款清偿	还款时间：	金额 ¥ _____ (大写) 佰 拾 万 仟 佰 拾 元 角 分			
16 合同复效	申请复效险种：1. _____ 2. _____ 3. _____ 注：申请复效时，请填写《个人保全健康告知书》。				
17 新增附属被保险人（必须同时新增附加险）	姓名：_____ 性别：男 女 出生日期：____年__月__日 国籍：_____ 所属附加险：_____ 证件类型：_____ 证件号码： <input type="text" value=""/> 证件有效期至____年__月__日 终身 与投保人的关系： 配偶 子女 父母 单位名称：_____ 办公电话：_____ 手机：_____ Email: _____ 职务及工作内容：_____ 保险公司填写部分 职业代码：_____ 职业类别：_____				
18 保险计划变更	险种名称	变更后保险金额	变更后保费	保险期间	增加的附加险是否自动续保
	增加附加险				
	增加保额				
	减少保额				
注：若增加附加险或增加保额/档次，请填写《个人保全健康告知书》。					
19 变更/告知健康情况	变更对象： 投保人 被保险人 告知事项： _____ 注：变更健康情况时，请填写《个人保全健康告知书》。				
20 续保选择方式变更	同意续保	不同意续保	注：本项目仅适用于有续保选择条款的险种。		
21 追加保费	单次追加保费金额小写：¥ _____元 （每次追加不得小于500元） 大写：人民币_____		新增/ 变更/ 取消“月月加”定期追加保费计划 本人授权弘康人寿保险股份有限公司于每月____日从本人的授权账户中转出保费_____元。（每次追加不得小于500元）		
22 部分领取	本次领取金额小写：¥ _____元 大写：人民币_____（每次部分领取不得小于500元）				
23 其它说明：					
转账授权					
如果本次保全申请涉及交/领款方式，请填写以下账户信息，并提供存折复印件：					
开户银行：_____ 账户持有人：_____ 转账账号：_____					
注：填写本栏视为投保人和被保险人均已仔细阅读并同意以下声明内容：					
1、账户持有人须以本人真实姓名开立银行账户，并自愿授权弘康人寿保险股份有限公司（以下简称本公司）使用指定银行账户（以下简称授权账户）用于保险款项转账收取或支付； 2、如果因授权账户错误、账户注销、账户金额不足或授权账户不符合本公司对授权账户要求而导致转账不成功，本公司无须承担由此引起的责任； 3、如果申请事项存在退费，申请人提供的账户必须为申请人本人持有，因提供非申请人账户而导致的纠纷或法律责任，概由申请人自行承担； 4、本公司不对该授权账户的失窃或冒领承担责任。					
申请类型：1 本人申请 2 委托公司服务人员代办 3 委托他人代办 注：如果以上申请项目中，存在部分或全部申请项目不符合本公司作业要求的，本公司有权撤销不符合作业要求的申请，但其它申请事项不受影响					
请您仔细阅读并同意申请书中的注意事项后，在以下签名栏中签名：					
投保人（签名）：		被保险人或其监护人（签名）：		新投保人（签名）：	
代办人（签名）：		代办人证件号码：		代理人/客户经理姓名和编号：	
保险公司填写	保全受理机构：	受理人员签章：	受理日期：	保全受理章：	