

## 个人保险合同变更申请书（非付费类）

保险合同号码:	投保人姓名:	保全受理号:
申请日期:      年      月      日	联系电话:	

**填写提示:**  
 请您用黑色钢笔或签字笔在变更项目前的□内打“√”，并在对应栏目内填写所变更的内容，填写的内容不允许涂改，若发生涂改本申请无效。

变更项目	变更后内容																								
客户信息变更  <input type="checkbox"/> 投保人  <input type="checkbox"/> 被保险人  <input type="checkbox"/> 受益人	姓名: _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期: ____年__月__日 证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军人证 <input type="checkbox"/> 其它_____ 国籍: <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其它_____ 证件号码: _____ 证件有效期至 ____年__月__日 <input type="checkbox"/> 终身 与□投保人/□被保险人关系: <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他_____ 单位名称: _____ 职业名称: _____ 是否享有社会医疗保险或公费医疗保障: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ----- 通讯地址: _____省/直辖市_____市_____区/县_____ 邮编: _____ 固定电话: _____ 手机: _____ 邮箱: _____																								
账户信息变更  <input type="checkbox"/> 交费账户  <input type="checkbox"/> 付费账户	账户所有人: _____ 开户银行: _____ 账号: _____ 1、账户所有人须以本人真实姓名开户银行账户，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）用于保全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，本公司无需承担由此引起的责任； 3、本公司不对该授权账户的失窃或冒领承担责任； 4、账户持有人若因故结清账户，应重新开立账户，并及时向本公司递交书面通知。																								
受益人变更  <input type="checkbox"/> 生存受益人  <input type="checkbox"/> 身故受益人	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">受益顺序</th> <th style="width: 10%;">姓名</th> <th style="width: 5%;">性别</th> <th style="width: 15%;">出生日期</th> <th style="width: 10%;">证件名称</th> <th style="width: 15%;">证件号码</th> <th style="width: 10%;">是被保人</th> <th style="width: 10%;">受益份额</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	受益顺序	姓名	性别	出生日期	证件名称	证件号码	是被保人	受益份额	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>							
受益顺序	姓名	性别	出生日期	证件名称	证件号码	是被保人	受益份额																		
<input type="checkbox"/>																									
<input type="checkbox"/>																									
<input type="checkbox"/> 更换投保人（若保险合同有投保人连带保险责任事项时，请新投保人同时填写《个人保全健康告知书》）	新投保人姓名: _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期: ____年__月__日 证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军人证 <input type="checkbox"/> 其它_____ 国籍: <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其它_____ 证件号码: _____ 证件有效期至 ____年__月__日 <input type="checkbox"/> 终身 与被保险人关系: <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其它_____ 单位名称: _____ 职业名称: _____ 是否享有社会医疗保险或公费医疗保障: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ----- 通讯地址: _____省/直辖市_____市_____区/县_____ 邮编: _____ 固定电话: _____ 手机: _____ 邮箱: _____ 交费账户信息: 户名: _____ 开户行: _____ 账号: _____ 声明: 本人承诺该账户以投保人姓名开户，并同意弘康人寿保险股份有限公司在本保单应缴费期间内将续期保费从以上账户划至弘康人寿保险股份有限公司银行账户。  更换原因: _____ 新投保人签名: _____																								

<input type="checkbox"/> 补充告知 <input type="checkbox"/> 特约变更	确认对象： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <b>提示：被保险人/连带保险责任的投保人补充告知须同时填写《个人保全健康告知书》</b> 内容：							
<input type="checkbox"/> 要约确认	确认对象： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人或其监护人 <b>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所有相关文档，本人承认其签署真实有效。</b>							
	<input type="checkbox"/> 签名风格变化 <input type="checkbox"/> 补签名确认 补签名单证： <input type="checkbox"/> 投保单 <input type="checkbox"/> 其他_____							
<input type="checkbox"/> 挂失、解挂及补发合同	申请事项： <input type="checkbox"/> 挂失 <input type="checkbox"/> 解挂 <input type="checkbox"/> 补发 <span style="float: right;">（保险单补发将收取10元工本费）</span> <b>声明：自新保险单补发之日起原保险单作废，日后因已作废的原保险单发生的任何纠纷与贵公司无关。</b>							
<input type="checkbox"/> 复效	声明：1、被保险人已按要求填写《个人保全健康告知书》，并如实告知健康状况； 2、本人认可自恢复效力之日起重新计算除外责任期间； 3、本人认可一年期险种及已停售附加险不能同时恢复效力。							
<input type="checkbox"/> 新增附加险	险种名称	保险金额	保险期间	交费期间	保费	被保险人姓名	是否自动续保	
<input type="checkbox"/> 保额增加权益	增加后保额：¥_____元 增加后保费：¥_____元。 <b>提示：适用于条款中具有相应责任的险种。</b>							
<input type="checkbox"/> 续保方式变更	<input type="checkbox"/> 自动续保 <input type="checkbox"/> 取消自动续保 <span style="float: right;"><b>提示：适用于短期保险。</b></span>							
<input type="checkbox"/> 追加保费	追加保费金额：¥_____元							
<input type="checkbox"/> 借款清偿	还款金额：¥_____元							
<input type="checkbox"/> 保单迁移	迁出机构：_____分公司_____支公司 迁入机构：_____分公司_____支公司 通讯地址(迁入后)：_____省/直辖市_____市_____区/县 邮编：_____ 固定电话：_____ 手机：_____ 邮箱：_____							
<input type="checkbox"/> 其他变更项目								
保险款项收付形式	<input type="checkbox"/> 转账方式	<input type="checkbox"/> 续期交费账户 <input type="checkbox"/> 新开账户 开户银行：_____ 户名：_____ 账号：_____					<b>声明：本人同意将以上账户作为本次保全申请与弘康人寿保险股份有限公司的收支账户。</b>	
		<input type="checkbox"/> 其他						
<b>提示：为维护您的权益，签名前请再次核对以上填写内容，请勿在空白申请书上签名。</b> 声明：本人已仔细阅读、理解贵公司提示并同意遵守。谨以此申请书作为保险合同变更要约，并同意贵公司依此办理上述变更事项。								
投保人签名：_____				被保险人或监护人签名：_____				
若委托他人代办请填写以下内容： 现委托_____先生/女士（有效证件号码：_____）前往贵公司办理有关本保单申请项下 _____变更事宜。本委托授权有效期为_____天。（委托日期同本申请书的申请日期） 代办人与委托人关系： <input type="checkbox"/> 本公司服务人员 <input type="checkbox"/> 亲属 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其他_____								
委托人签名：_____		委托人联系电话：_____		代办人签名：_____		代办人联系电话：_____		
以下内容由工作人员填写								
受理机构：_____		受理人：_____		受理日期：_____		保全受理章：_____		