



## 保险合同内容变更申请书

|  |   |     |   |                                    |      |      |   |                |                  |                  |  |  |
|--|---|-----|---|------------------------------------|------|------|---|----------------|------------------|------------------|--|--|
| 保险合同号码   |   |     |   |                                    |      |      |   |                |                  |                  |  |  |
| 申请人  | <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 其他_____   |     |   |                                    |      |      | 申请日期 _____年____月____日   |                |                  |                  |  |  |
| 个人税收居民身份   | <input type="checkbox"/> 仅为中国税收居民 <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                          |     |   |                                    |      |      |   |                |                  |                  |  |  |
| <p>申请人声明与授权：本人申请变更以下事项，确认该申请书中的各项声明和陈述完全属实无误，知晓申请变更事项将成为贵公司签发保险合同批单的依据；若以下资料不属实，则任何依据此申请书所签发之保险合同批单均属无效。本人同意以下变更的生效日以贵公司出具的批单上载明的生效日为准。本申请书构成保险合同的一部分。</p> |   |     |   |                                    |      |      |   |                |                  |                  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 变更身份资料  | 客户属性 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 其他被保险人 <input type="checkbox"/> 受益人              |     |   |                                    |      |      | 姓 名 _____   |                |                  |                  |  |  |
|  | 性 别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女   |     | 是否在职 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                |                                    |      |      | 国家/地区 _____   |                |                  |                  |  |  |
|  | 证件类型 _____  |     | 证件号码 _____  |                                    |      |      |   |                |                  |                  |  |  |
|  | 出生日期 _____  |     | 证件有效期至 _____年____月____日 <input type="checkbox"/> 长期                                       |                                    |      |      |   |                |                  |                  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 变更联系方式  | 常住地址 _____省/自治区____市____区/县____ 邮编 _____  |     |   |                                    |      |      |   |                |                  |                  |  |  |
|  | 单位地址 _____省/自治区____市____区/县____ 邮编 _____  |     |   |                                    |      |      |   |                |                  |                  |  |  |
|  | 联系地址 <input type="checkbox"/> 同常住地址 <input type="checkbox"/> 同单位地址 <input type="checkbox"/> 其他地址 _____ 邮编 _____                           |     |   |                                    |      |      |   |                |                  |                  |  |  |
|  | 电子邮箱 _____ 单位电话 _____ 住址电话 _____ 移动电话 _____   |     |   |                                    |      |      |   |                |                  |                  |  |  |
| ※ 投保人和被保险人同时变更联系方式时，请在其他栏注明。   |   |     |   |                                    |      |      |   |                |                  |                  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 变更职业等级※   | 职 业 _____   |     |   | 职业代码 _____                         |      |      | 职业类别 _____  |                | 工作内容 _____       |                  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 变更保险金受益人<br>(同一顺序受益人<br>份额相加应为 100%)  | 受益性质<br>(身故/生存)   | 姓 名 | 性 别   | 出生日期                               | 证件类型 | 证件号码 | 证件<br>有效期至  | 是被<br>保险<br>人的 | 受<br>益<br>顺<br>序 | 受<br>益<br>比<br>例 |  |  |
|  |   |     |   |                                    |      |      |   |                |                  |                  |  |  |
|  |   |     |   |                                    |      |      |   |                |                  |                  |  |  |
|  |   |     |   |                                    |      |      |   |                |                  |                  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 续期交费账号变更  | ○银行转账 本人自愿授权鼎诚人寿保险有限责任公司使用本人指定的银行账户，用于续期保险费的转账扣款。   |     |   |                                    |      |      |   |                |                  |                  |  |  |
|  | 账户户名 _____  |     |   | 开户银行 _____银行 _____省 _____市 _____支行 |      |      |   |                |                  |                  |  |  |
|  | 授权账号 _____  |     |   |                                    |      |      |   |                |                  |                  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 变更投保人※<br>(变更前请先偿还<br>各项欠款)   | 新投保人姓名 _____  |     |   | 是被保险人的                             |      |      | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 _____ |                |                  |                  |  |  |
|  | 新投保人声明与授权：本人自此项变更生效日起，具有该保险合同下与原投保人相同的权利和义务；并已征得该保险合同被保险人书面同意。  |     |   |                                    |      |      |   |                |                  |                  |  |  |
|  | ※ 请同时变更投保人联系方式、续期交费账号及身份资料信息 新投保人签名 _____   |     |   |                                    |      |      |   |                |                  |                  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 减额交清  | ※ 办理减额交清，必须先偿还贷款本息与垫交保费本息。  |     |   |                                    |      |      |   |                |                  |                  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 变更自动垫交选择权   | <input type="checkbox"/> 同意保险费自动垫交 <input type="checkbox"/> 取消保险费自动垫交   |     |   |                                    |      |      |   |                |                  |                  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 变更保险费交费周期   | <input type="checkbox"/> 年交（每年一期） <input type="checkbox"/> 半年交（每年二期） <input type="checkbox"/> 季交（每年四期）                                    |     |   |                                    |      |      |   |                |                  |                  |  |  |
|  | ※ 仅允许办理小交别变更为大交别  |     |   |                                    |      |      |   |                |                  |                  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 变更年金领取方式  | <input type="checkbox"/> 年领（每年一期） <input type="checkbox"/> 半年领（每年二期） <input type="checkbox"/> 季领（每年四期） <input type="checkbox"/> 月领（每年十二期） |     |   |                                    |      |      |   |                |                  |                  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 补/换发保险合同  | 根据您的申请，补/换发上述保险合同号的保险合同文本一份，自补发之日起，原保险合同文本作废。   |     |   |                                    |      |      |   |                |                  |                  |  |  |
|  | 补/换发类型  |     | <input type="checkbox"/> 纸质 <input type="checkbox"/> 电子                                   |                                    |      |      |   |                |                  |                  |  |  |
|  | 补/换发原因  |     | <input type="checkbox"/> 遗失 <input type="checkbox"/> 损毁 <input type="checkbox"/> 其他 _____ |                                    |      |      |   |                |                  |                  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 复效※   | <input type="checkbox"/> 整单复效 <input type="checkbox"/> 复效部分险种   |     |   |                                    |      |      |   |                |                  |                  |  |  |
|  | 注：①不复效的保险期间为一年期（不含）以上的附加险请同时作合同解除处理；②保险期间为一年期（含）的附加险请以新增附加险方式重新投保。  |     |   |                                    |      |      |   |                |                  |                  |  |  |

