



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																			
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。																					
<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 (同一顺序受益人 份额相加应为 100%)		受益性质 (身故/生存)		姓 名		性 别	出生日期			证件类型		证件号码				证件有效期至		是被 保险 人的	受 益 顺 序	受 益 比 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※ (变更前请先偿还 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。																			

<input type="checkbox"/> 新增附加险※	险种名称		基本保额/份数/档次		交费期间		保险期间		职业代码	
<input type="checkbox"/> 变更主合同 基本保险金额 <input type="checkbox"/> 变更附加险 基本保险金额 <input type="checkbox"/> 终止附加险	险种名称		原基本保险金额（保费）/元				变更后基本保险金额（保费）/元			
<input type="checkbox"/> 险种转换	<input type="radio"/> 已参加社会保险 <input type="radio"/> 未参加社会保险									
<input type="checkbox"/> 变更交费年期	<input type="radio"/> 变更后交费年期_____年									
<input type="checkbox"/> 变更签名	客户属性		<input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人或其监护人 <input type="checkbox"/> 其他被保险人或其监护人							
	变更原因		<input type="radio"/> 签名风格变化 原签名_____ <input type="radio"/> 补签名（请填写保险合同效力确认书）							
<input type="checkbox"/> 变更红利选择权	<input type="radio"/> 累积生息 <input type="radio"/> 抵交保险费 <input type="radio"/> 现金领取 注：变更红利选择权必须将累积红利全部领取									
<input type="checkbox"/> 累积红利领取	注：累积红利领取必须将累积红利全部领取									
<input type="checkbox"/> 溢交保费领取	注：溢交保费领取必须将溢交保费全部领取									
<input type="checkbox"/> 保险金领取授权	保险金类型		<input type="checkbox"/> 生存保险金 <input type="checkbox"/> 年金							
	授权方式		<input type="radio"/> 银行转账 <input type="radio"/> 留存累积生息							
<input type="checkbox"/> 生存金/满期金领取	注：生存金领取时需一次性全部提领，并提供生存受益人本人的银行账号。 已确认被保险人、受益人身份信息与贵公司留存信息一致，如不一致将主动提出变更申请									
<input type="checkbox"/> 补充告知※	告知对象		<input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 其他_____							
<input type="checkbox"/> 其他_____										
如本次申请涉及费用 请勾选	<input type="checkbox"/> 续期交费账号转账					<input type="checkbox"/> 新提供授权账号（须附银行存折或银行卡复印件）				
	授权账户户名_____ 开户银行_____ 银行_____省_____市_____支行									
	授权账号									
客户须知	1. 账户所有人须以本人真实姓名开立结算账户，并自愿授权本公司使用指定银行结算账户（以下简称“授权账户”）用于保险款项转账收付； 2. 如果因授权人提供的授权账户错误、账户注销、账户余额不足或不符合本公司对授权账户的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. 所填写信息须真实、完整。如联系地址、联系方式等客户信息发生变更时，请及时办理更正手续； 5. 如个人税收居民身份仅为非居民，或既是中国税收居民又是其他国家或地区税收居民，须填写《个人税收居民身份声明文件》。 6. 申请项目标有※号的，须填写健康告知书。									
申请方式	<input type="checkbox"/> 本人亲办 <input type="checkbox"/> 委托业务人员代办 <input type="checkbox"/> 委托其他人员代办									
申请人声明：本人同意授权委托_____办理_____事项，授权期间自_____年___月___日至_____年___月___日，由此产生的后果由本人自负。										
投保人签名			被保险人/法定监护人签名				受益人签名			
代办人签名	证件类型						业务人员代码			
	证件号码						联系电话			
※ 投保人及被保险人请在申请书上亲自签名，并与留存在本公司的签名保持一致。										
受理人签名							受理日期			