

万能账户变更申请书

保险合同号												申请日期		____年____月____日			
填写说明：请您使用黑色钢笔或签字笔在申请变更项目前的□内打√，并填写变更内容。																	
申请人 基本信息	姓 名					性 别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		国家/地区						联系电话		
	职 业					职业代码			证件有效期间		____年__月__日至____年__月__日				<input type="checkbox"/> 长期		
	证件类型					证件号码	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	联系地址	____省/____自治区____市____区/县															
	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															
	如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，需填写《个人税收居民身份声明文件》。																
<input type="checkbox"/> 部分领取		领取金额（小写）：人民币 _____元															
<input type="checkbox"/> 追加保险费		追加保险费金额（小写）：人民币 _____元															
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"/> 委托其他人代办															
收付信息		<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		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
备注																	
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。																	
客户须知： 1. 账户所有人须以本人真实姓名开立结算账户，并自愿授权鼎诚人寿保险有限责任公司（以下简称“鼎诚人寿”）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鼎诚人寿对授权账户的要求而导致转账不成功，鼎诚人寿无需承担由此引起的责任； 3. 鼎诚人寿不对授权账户的失窃或冒领承担责任； 4. 本人所填写信息须真实、完整。如申请人基本信息发生变更时，须及时办理更正手续。																	
※投保人务必亲自签名，签名须与留存在本公司的签名保持一致；未成年人须由监护人代签。																	
投保人签名									被保险人/法定监护人签名								
代办人签名		证件类型					证件号码										
		联系电话					业务人员代码										
受理人签名									受理日期								