



保全变更申请书（核保类）

收件章

申请日期: 年 月 日

请用黑色钢笔或签字笔填写,填写前请详细阅读申请书背面的客户须知

01 年龄性别错误更正 (12)	<input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人							
	<input type="checkbox"/> 性别: <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女		<input type="checkbox"/> 出生日期: 年 月 日					
	证件类型:		证件号码:					
	注: 1、若投保人在公司有多份保单, 年龄信息将同步变更, 若涉及收付费将一并进行收取及退还。 2、若被保险人在公司有多份保单, 建议填写需变更的保单号, 若涉及收付费将一并进行收取及退还。							
02 职业变更 (15)	<input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人							
	注: 1、若投保人在公司有多份保单, 职业信息将同步变更, 若涉及收付费将一并进行收取及退还。 2、若被保险人在公司有多份保单, 建议填写需变更的保单号, 若涉及收付费将一并进行收取及退还。							
	现服务单位:		现服务日期:			年 月 日		
03 受益人变更 (22) <input type="checkbox"/> 受益人变更 (请填写变更后所有受益人信息) <input type="checkbox"/> 受益人资料变更 (只需填写发生变更的内容, 如果存在多个受益人, 请填写需变更受益人的全部信息)	<input type="checkbox"/> 身故受益人 <input type="checkbox"/> 生存金受益人 <input type="checkbox"/> 满期金受益人 <input type="checkbox"/> 年金受益人 <input type="checkbox"/> 剩余养老金受益人							
	对应的被保险人: (存在多个被保险人时请填写)							
	注: 1、身故受益人若选择“法定”, 请在姓名列的第一行填写“法定继承人”即可; 生存受益人不能选择“法定”, 必须指定。 2、若身故受益人与生存受益人需一同变更, 请填写两份申请书。							
	姓名	性别	受益顺序	受益份额	出生日期	是被保险人的(关系)	证件类型	证件号码
04 投保人变更 (20)	新投保人姓名: 是 被 保 险 人 的 (关 系): 1 <input type="checkbox"/> 本人 2 <input type="checkbox"/> 配偶 3 <input type="checkbox"/> 父母 4 <input type="checkbox"/> 子女 5 <input type="checkbox"/> 其它: 注: 变更投保人请同时变更续期交费方式和联系方式, 并填写《更换人员告知书》。							
	变更对象: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 告知事项: <input type="checkbox"/> 投保时未如实告知 <input type="checkbox"/> 保全项目未如实告知 <input type="checkbox"/> 健康状况改变 <input type="checkbox"/> 变更或取消特别约定 <input type="checkbox"/> 是被保险人的(关系) 告知事项描述: 注: 变更健康情况时, 请同时填写《最新个人资料告知书》。							
06 复效 (6)	<input type="checkbox"/> 整单复效 <input type="checkbox"/> 仅复效主险 <input type="checkbox"/> 主险与部分附加险同时复效 (请填写附加险名称) 注: 申请复效时, 请同时填写《最新个人资料告知书》。							
07 交费年期变更 (14)	险种名称		交至__年			交至__岁		
注: 若由短交费期变更为长交费期, 请同时填写《最新个人资料告知书》。								

08□加保（3）	险种名称/险种责任（险种责任仅团险个单需填写）		变更后基本保额		变更后基本保费	
注：增加主险或附加险保额时，请同时填写《最新个人资料告知书》。						
09□新增附加险（5） （追加可选责任）	附加险/可选责任名称	基本保险金额/保费	交费 期限	保险期限	红利分配 方式	自动续保
						□是 □否
						□是 □否
注：1、新增附加险时，请同时填写《最新个人资料告知书》；若您新增的附加险为医疗险时，请同时填写《医疗保险特别约定声明书》；若您新增的附加险为一年期短险，请选择是否自动续保。 2、请根据产品属性对应填写基本保额或基本保费。						
10□追加保费（35）	追加险种： □万能险 □投连险（若为投连险请同时填写以下账户分配比例） 本次追加保费共计：人民币（大写） 佰 拾 万 仟 佰 拾 元 角 分 （¥ 元）					
	账户类型及名称	分配比例	账户类型及名称	分配比例		
	□进取 I 号账户	%	□进取 II 号账户	%		
	□平衡 I 号账户	%	□平衡 II 号账户	%		
	□稳健 I 号账户	%	□稳健 II 号账户	%		
	合计：100%					
注：1、投连险所有追加账户的分配比例必须为整数，且之和为 100%。 2、投连产品追加及万能型产品追加单次申请金额超过 100 万元时，须同时填写《最新个人资料告知书》。 3、以上填写的投连分配比例仅适用于本次申请追加保费的分配；如未填写分配比例，本公司将按照您投保时设定的分配比例进行保费追加。						
11□保单生效日调整 （42）（仅限于团险个单）	保单生效日调整为： 年 月 日 （调整后保险期间顺延）					
备注说明栏：本人确认应退金额：人民币（大写） 佰 拾 万 仟 佰 拾 元 角 分 （¥ 元）。						
授权银行转账信息						
如果本次保全申请涉及收付费，本公司将通过银行转账的方式支付或收取。请确定转账账户为：1 □原交费账户 2 □其它账户 如果您选择其它账户，请同时填写账户信息，并提供存折或银行卡复印件： 开户银行： 省 市 银行 分行 支行 账户持有人： 银行账号： 注：填写本栏视为投保人和被保险人均已详细阅读并同意申请书背面的“保险款项转账收付授权客户须知”内容。						
申请类型：1□本人申请 2□委托公司服务人员代办 3□委托家人代办 4□委托他人代办 5□公司内部申请 6□其他 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。						
注：您在以下签名栏中签名，本公司将视为您已详细阅读并同意申请书背面的客户须知内容。						
投保人签名：		联系电话：		签署日期：		
被保险人（或其法定监护人）签名：		联系电话：		签署日期：		
新投保人签名：		联系电话：		签署日期：		
保险金受益人签名：		联系电话：		签署日期：		
代办人签名： 注：若代办人为代理人/客户经理，请同时填写其编号代理人/客户经理编号： 联系电话：						
批单领取方式： □自行领取 □邮寄（批单将寄往您的保单联系地址，若地址发生变化，请先申请联系方式变更）						
受理渠道	□分/支公司柜面 □四级机构服务部柜面 □银行柜面 □经代公司柜面 □其他					
	经办人员签名：		日期：		备注：	

保险款项转账收付授权客户须知

- 1、账户持有人须以本人真实姓名开立银行账户，并自愿授权生命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，且申请人提供的账户为他人所有，本公司视同申请人可以从该账户中取得该笔退费，由此引起的纠纷，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；
- 5、如果您申请的变更项目中，存在部分或全部申请项目不符合法律规定或者保险合同约定，则该部分或全部申请项目无效。
- 6、本公司按规定进行客户退费回访工作，一般通过电话形式进行，为确保您的权益得到保障，请对回访问题如实答复。