光大永明人寿 Sun Life Everbright Life

CSO-PA-0002-AFC-07-1905

关注光大永明人寿，自助服务轻松享!

# 光大永明人寿保险有限公司

## 保险合同变更申请书

**受理方式：**☐银保通　☐非银保通

**保险单号码**_____ **申请人**_____（☐投保人☐第___被保险人） **申请日期**_____年_____月_____日

**一、填写说明：请申请资格人用黑色签字笔或钢笔亲笔填写并签名；请保持申请书签名与留存本公司的签名样本一致。**

**二、变更项目及内容：**

| | |
|---|---|
| **1 客户资料变更**<br>**国籍变更为“非中国”或证件类型变更为“港、澳、台”证件，须填写本申请书第四项“个人税收居民身份声明”内容** | 请选择变更对象：☐投保人　☐被保险人　☐其他被保险人（第___被保险人）　☐受益人<br>姓名：_____　性别：☐男　☐女　出生日期：_____年___月___日　国籍：_____<br>职业：_____　职业类别：_____类　职业代码（公司填写）：<br>证件类型：☐身份证　☐护照　☐其他_____　证件有效期：_____至_____<br>有效证件号：　☐其它_____ |
| **2 客户联系方式变更**<br>**电话变更为“境外电话”须填写第四项“个人税收居民身份声明”内容**<br>☐关联其他保单<br>_____<br>_____ | 请选择变更对象：☐投保人　☐被保险人　☐其他被保险人（第___被保险人）　☐受益人<br>2.1 信函寄送方式：☐电子信函　☐短信信函　☐微信信函　2.2 电子邮箱：_____<br>2.3 ☐联系地址：_____省/_____市_____　邮编：<br>2.4 家庭电话：区号_____电话_____　移动电话：_____<br>办公电话：区号_____电话_____　工作单位：_____ |
| **3 交费信息变更**<br>☐关联其他保单<br>_____<br>_____ | 3.1 银行账号变更：开户银行：_____　户名：_____<br>结算账号：<br>**声明：该账户为投保人以本人真实姓名开立的结算账户，并自愿授权贵公司使用该银行账户进行保险款项转账收付。**<br>3.2 续期交费方式变更<br>变更为：☐自交　☐转账　自交方式变更为转账方式，须同时填写本申请第3.1项银行账号变更。 |
| **4 红利领取方式变更** | 变更为：☐现金红利 ☐累计生息　☐抵交保费　☐其它_____ |
| **5 年金领取方式变更** | 变更为：☐一次领取 ☐终身领取　☐定期领取　☐定期保证领取　☐定期保证终身领取 ☐其它_____ |
| **6 年金领取频率变更** | 变更为：☐年领　☐月领　☐其它_____ |
| **7 逾期未付选择权变更** | 变更为：☐合同中止 ☐保险费自动垫交 填写本栏时，请详细阅读保险合同条款中《保险费自动垫交》的相关内容。 |
| **8 保单迁移**<br>**申请本项变更须同时填写第3项银行账号变更。** | 迁出地：_____　迁入地：_____　手机号：_____<br>迁入地联系地址：_____省/_____市_____　邮编： |
| **9 投保人变更**<br>**申请本项变更须同时填写第3项银行账号变更和第四项“个人税收居民身份声明”内容。** | 新投保人姓名：_____　性别：☐男 ☐女　出生日期：_____年___月___日　国籍：_____<br>婚姻状况：☐已婚 ☐未婚 ☐离异 ☐丧偶　与被保险人关系：☐本人 ☐配偶　☐其它_____<br>证件类型：☐身份证 ☐护照 ☐其他_____　证件有效期：_____至_____<br>有效证件号：　电子邮箱：_____<br>工作单位：_____　职业：_____　职业类别：_____类　职业代码：<br>家庭电话：_____　手机：_____　信函寄送方式：_____<br>联系地址：_____　邮编：<br>变更原因：_____　**新投保人签字：**_____　**日期：**___年___月___日 |

**10 第___被保险人身故保险金受益人变更**

| 姓名 | 出生日期 | 证件类型 | 证件号码 | 证件起止日期 | 与被保险人关系 | 受益顺序 | 受益比例(%) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| **11 交费频率变更** | 变更为：☐月交　☐季交　☐半年交　☐年交 |
| **12 交费期限变更** | 变更后交费期限：　年 |
| **13 保单补发**<br>（需交纳工本费10元） | **投保人声明：原保险合同自申请之日起作废，贵公司根据原保险合同的内容补发且只依据补发的保险合同承担保险责任。原保险合同无任何转让、质押事实，也无相关的债务及其它诉讼事项。因保险合同遗失而造成的其它后果由本人承担。**<br>**申请人签字：**_____<br>本公司根据您的申请，补发上述保险单号的保险合同文本一份，并将严格按照合同当事人双方的约定履行保险人的义务，原合同作废。 |
| **14 满期后续保** | 险种：_____　续保期限至_____年_____月_____日　申请本项变更须同时填写《健康告知》。 |

| | |
|---|---|
| **15 保险金额变更** | ☐增加 ☐减少 第_____被保险人_____险 保额由：_____元 变更为：_____元<br>☐增加 ☐减少 第_____被保险人_____险 保额由：_____元 变更为：_____元 |
| **16 ☐保单复效** | 保险合同复效后，根据条款约定将重新计算观察期，请同时填写《健康告知》。 |
| **17 续保方式变更** | ☐续保 ☐不续保 |
| **18 补充告知** | 告知对象：☐投保人 ☐第____被保险人 告知内容：_____ |
| **19 ☐新增保障**<br>**☐终止保障**<br>**终止保障只需填写变更对象及险种名称；**<br>**新增保障需全部填写并填写《健康告知》；**<br>**如需新增被保险人，请同时需填写被保险人信息栏。** | 第__被保险人_____险 保额：_____元； 交费期限：____年；保险期限：_____<br>第__被保险人_____险 保额：_____元； 交费期限：____年；保险期限：_____<br>**第__被保险人信息：**姓名：_____ 性别：☐男 ☐女 出生日期：____年__月__日 国籍：_____<br>婚姻状况：☐已婚 ☐未婚 ☐离异 ☐丧偶 与投保人关系：☐本人 ☐配偶 ☐其它_____<br>证件类型：☐身份证 ☐护照 ☐其他_____ 证件有效期：_____至_____<br>有效证件号：☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ 身高：____ 体重：____<br>工作单位：_____ 职业：_____ 职业类别：____类 职业代码：☐☐☐☐☐☐☐<br>家庭电话：_____ 手机：_____ 电子邮箱：_____<br>联系地址：_____ 邮编：☐☐☐☐☐☐ |
| **20 减额交清** | ☐**声明：本人已详细阅读保险合同中《减额交清条款》约定及内容，并同意贵公司在本人选择减额交清后的相关约定。** |
| **21 保单还款** | 申领项目：☐全额还款 ☐部分还款 贷款展期最多以四次为限。 |
| **22 退还保险费** | 退费金额￥_____元 人民币（大写）：___佰___拾___万___仟___佰___拾___元___角___分 |
| **23 保险金申领** | 申请项目：☐生存金 ☐满期金 ☐教育金 ☐年金 ☐其它_____<br>领取金额￥_____元 人民币（大写）：___佰___拾___万___仟___佰___拾___元___角___分<br>保险金受益人姓名：_____性别：☐ 男☐女 出生日期：_____年___月 ___日 国籍：_____<br>证件类型：☐身份证 ☐护照 ☐其他_____ 证件有效期：_____至_____<br>证件号码：☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ 职业_____ 与投保人关系：_____<br>联系电话：_____ 联系地址：_____ |
| **24 红利领取** | 领取金额￥_____元 人民币（大写）：___佰___拾___万___仟___佰___拾___元___角___分 |
| **25 其他变更** | |

## 三、保险款项补退费方式：如上述保险业务需要进行补退费时，须同时填写本项相关内容。

| | | |
|---|---|---|
| **委托银行转账授权** | ☐交纳续期保费<br>☐垫交期交费<br>☐其他涉及补费业务<br>☐其他涉及退费业务 | 保险费：￥_____元 利息：￥_____元 其他：￥_____元 补发工本费：￥_____元<br>还款本金：￥_____元 还款利息：￥_____元 **合计：￥_____元**<br>人民币（大写）：___佰___拾___万___仟___佰___拾___元___角___分<br>开户银行：_____ 户名：_____<br>结算账号：☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ |

**银 行 转 账 授 权 客 户 须 知**

1. 申请人须以本人真实姓名开立结算账户，并授权本公司使用指定银行结算账户（以下简称授权账户）用于保险款项转账付讫。
2. 因申请人提供的授权账户错误、账号注销、账户余额不足或者不符合本公司对授权账户的要求而导致转账款项不成功的情况，本公司无须承担由此引起的责任。收费类业务因申请人原因导致两次转账不成功，视同撤销此次申请。
3. 如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款项，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. **特别提示您，警惕不法分子以退保理财、补偿收益为由实施诈骗，保护自身财产安全。**

## 四、个人税收居民身份声明：

1. ☐仅为中国税收居民 2. ☐仅为非居民 3. ☐既是中国税收居民又是其它国家（地区）税收居民

如在以上选择中勾选第 2 项或者第 3 项，请同时填写《个人税收居民身份声明文件》

## 五、通知方式（只应用本次申请信函的发送；请核实您的联系地址，如未勾选，默认电子信函。）

1. ☐电子信函 电子邮箱：_____ 2. ☐微信信函 3. ☐短信信函 手机号：_____ 4. ☐自取 5. ☐其他_____

## 六、申请办理类型：1. ☐本人申请 2. ☐委托他人代办（☐业务人员 ☐亲属 ☐其他）委托他人代办时须填写《授权委托书》。

**授权委托书：**兹委托_____先生/女士，有效证件号 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ 前往贵公司办理上述第_____项保险业务，本人委托代办人所提供的相关资料仅限此次申请之用，且确认委托日期与本人上述业务的申请日期一致，由此产生的后果由委托人承担。

**委托人（申请人）签名：**_____

## 七、申请人声明及签名：本人已经详细阅读申请书内容，申请办理以上变更业务，并同意以贵公司核准后确认的内容及生效日期为准。

| | | |
|---|---|---|
| 投保人签名：<br>联系电话： | 被保险人或其法定监护人签名： | 代办人签名：<br>联系电话： |

**八、公司受理人员填写：受理人员签名**_____ **受理日期**____年____月____日 **备注**_____

**公司审核人员填写：审核人员签名**_____ **审核日期**____年____月____日 **备注**_____