

光大永明人寿保险有限公司

保险合同变更申请书

保险单号码 申请人 (投保人 第 被保险人 受益人) 申请日期 年 月 日

- 一、填写说明:
1. 请用黑色签字笔或钢笔勾选,并用正楷填写本申请书,涂改无效;
 2. 如您申请的变更项目,存在部分或全部申请不符合法律规定或者保险合同约定,该申请项目无效;
 3. 为维护您的权益,请勿在空白申请书上签名,请保持申请书签名与留存本公司的签名样本一致。

二、申请事项:

1 客户资料变更	请选择变更对象: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 第 <input type="text"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 受益人						
	1.1 <input type="checkbox"/> 出生日期变更: 变更前 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 变更后 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日						
	1.2 <input type="checkbox"/> 性别更正为: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						
1.3 <input type="checkbox"/> 证件号变更为: 证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="text"/> 证件有效期至: <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 有效证件号: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
2 职业变更	请选择变更对象: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 第 <input type="text"/> 被保险人 变更后工作单位: <input type="text"/>						
变更后职业: <input type="text"/> 职业类别: <input type="text"/> 类 职业代码 (公司填写): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
3 银行账号变更	开户银行: <input type="text"/> 户名: <input type="text"/>						
结算账号: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
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用于保险款项转账收付。							
4 投保人变更	新投保人姓名: <input type="text"/> 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期: <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 国籍: <input type="text"/>						
申请投保人变更请同时填写第3项银行账号变更。因原投保人身故变更投保人,须按公司规定填写并提供其它相关证明资料。含保险费豁免责任的保险合同在豁免期内不允许变更投保人。	婚姻状况: <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 丧偶 与被保险人关系: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="text"/>						
	证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="text"/> 证件有效期至: <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日						
	有效证件号: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
	工作单位: <input type="text"/> 职业: <input type="text"/> 职业类别: <input type="text"/> 类						
	职业代码 (公司填写): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 家庭电话: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 手机: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
联系地址: <input type="text"/> 邮编: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
声明: 本人自此项变更生效日起,享有本保险合同约定下投保人相关的权利,并愿意履行相关义务。							
新投保人签字: <input type="text"/> 日期: <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日							
5 身故保险金受益人变更	顺序	姓名	出生日期	证件号码	证件有效期至	与被保险人关系	受益比例(%)
第 <input type="text"/> 被保险人身故保险金受益人变更为:	第一顺序	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	第二顺序	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	第三顺序	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	第四顺序	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6 续期计划保险费变更	变更为: ¥ <input type="text"/> 元 人民币 (大写): <input type="text"/> 拾 <input type="text"/> 万 <input type="text"/> 仟 <input type="text"/> 佰 <input type="text"/> 拾 <input type="text"/> 元 <input type="text"/> 角 <input type="text"/> 分						
7 年金领取方式变更	变更为: <input type="checkbox"/> 一次领取 <input type="checkbox"/> 终身领取 <input type="checkbox"/> 定期领取 <input type="checkbox"/> 定期保证领取 <input type="checkbox"/> 定期保证终身领取 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="text"/>						
8 年金领取频率变更	变更为: <input type="checkbox"/> 年领 <input type="checkbox"/> 月领 <input type="checkbox"/> 其它						
9 交费频率变更	变更为: <input type="checkbox"/> 月交 <input type="checkbox"/> 季交 <input type="checkbox"/> 半年交 <input type="checkbox"/> 年交						
10 交费期限变更	变更后交费期限: <input type="text"/> 年 本项变更只受理交费年限缩短的申请,变更后会引起保险合同现金价值及年交保费等内容发生变化。						
11 补发保险合同	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。 申请人签字: <input type="text"/>						
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。(需交纳工本费10元)							
12 满期后续保/理赔后续保	险种: <input type="text"/> 被保险人姓名 <input type="text"/> 续保期限至 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 申请满期后续保须同时填写《健康告知》。						

