

# 保险合同变更申请书（补退费II类）

## 申请须知

- 本保险合同变更申请书为保险合同组成部分，请用蓝黑色或黑色墨水笔、签字笔在变更项目前的□内打√，并填写变更内容，在不申请变更项目前的□内打×。若因填写错误修改填写内容的，请申请人在修改处签字确认。
- 除保险合同变更申请书外，办理部分变更事项时还需填写其他单证，请注意申请书中的提示。若有未尽事宜，请在“其他事项变更”栏中填写相关内容。
- 申请人资格：此申请书上变更项目的申请人为投保人。
- 除申请人需在保险合同变更申请书上签名外，办理部分变更事项时还需其他人的签名，请注意申请书中的提示。

保险合同号码  申请人姓名  联系电话   
证件类型  证件号码

01 <input type="checkbox"/> 交费期间变更	变更后的交费期间 <input type="text"/>											
02 <input type="checkbox"/> 客户职业变更 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人	职业名称 <input type="text"/> 职业代码（由保险公司填写） <input type="text"/> 职业开始日期 <input type="text"/> 工作内容 <input type="text"/> 工作单位 <input type="text"/> 单位地址 <input type="text"/> <small>注：若职业开始时间在保单生效日前，需通过补充告知申请</small>											
03 <input type="checkbox"/> 客户生日性别变更 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人	性别 <input type="text"/> 出生日期 <input type="text"/> 证件类型 <input type="text"/> 证件号码 <input type="text"/>											
04 <input type="checkbox"/> 交费频率变更	变更后的交费频率： <input type="checkbox"/> 年交 <input type="checkbox"/> 半年交 <input type="checkbox"/> 季交 <input type="checkbox"/> 月交 <small>注：若变更后的交费频率为非年交方式时，续期交费方式必须为银行转账</small>											
05 <input type="checkbox"/> 保险合同补发	自保险合同补发之日起，原保险合同作废。（工本费RMB15元）											
06 <input type="checkbox"/> 合同效力恢复	<input type="checkbox"/> 整单复效 <input type="checkbox"/> 复效主险 <input type="checkbox"/> 长期附加险复效（请填写复效附加险种名称）											
	<table border="1"><thead><tr><th>险种名称</th><th>险种代码</th><th>险种名称</th><th>险种代码</th></tr></thead><tbody><tr><td>1. <input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>2. <input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>3. <input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>4. <input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></tbody></table> <small>注：需被保险人签名，并填写《健康、财务及其他事项告知书》</small>	险种名称	险种代码	险种名称	险种代码	1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	4. <input type="text"/>
险种名称	险种代码	险种名称	险种代码									
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	2. <input type="text"/>	<input type="text"/>									
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	4. <input type="text"/>	<input type="text"/>									
07 <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"/> 附属被保险人 <small>注：需被保险人签名，并填写《健康、财务及其他事项告知书》</small>											
08 <input type="checkbox"/> 红利领取	领取金额：小写 <input type="text"/> 元（RMB）大写 <input type="text"/>											
09 <input type="checkbox"/> 保单借款清偿	保单借款批单号 <input type="text"/> 还款金额：小写 <input type="text"/> 元（RMB）大写 <input type="text"/>											
	保单借款批单号 <input type="text"/> 还款金额：小写 <input type="text"/> 元（RMB）大写 <input type="text"/>											
	保单借款批单号 <input type="text"/> 还款金额：小写 <input type="text"/> 元（RMB）大写 <input type="text"/>											
10 <input type="checkbox"/> 自动垫交清偿	<input type="checkbox"/> 全部自动垫交保费清偿											
11 <input type="checkbox"/> 减额交清保险	<small>注：减额交清保险适用于主险，附加险须同时解除合同。保单含有附加险的，请同时填写补退费I类申请书01项及本申请书11项</small>											

12 <input type="checkbox"/> 新增附加险	请填写需要新增的险种信息						
	险种名称	险种代码	保险期间	交费期间	保额	保费	
	1. _____	_____	_____	_____	_____	_____	
	2. _____	_____	_____	_____	_____	_____	
	3. _____	_____	_____	_____	_____	_____	
	4. _____	_____	_____	_____	_____		
注：需被保险人签名，并填写《健康、财务及其他事项告知书》							

**费用收付方式：**

本次变更涉及补、退费时，本人通过以下方式收付相关费用：

自动转入万能账户，保单号码  (请填写相同投保人的万能账户保单号码，仅可填写1张保单)

由万能账户价值自动抵交，保单号码  (请填写相同投保人的万能账户保单号码，仅可填写1张保单)

银行转账 (转账账户同本申请书对应保险单的最新  投保人续期交费账号  其他账号)

若勾选为“其他账号”请详细填写如下信息：

户名		开户行名称		卡折类型	<input type="checkbox"/> 存折 <input type="checkbox"/> 银行卡
银行账号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- 本人真实姓名开立结算账户，并授权中银三星人寿保险有限公司从该账户中划扣或向该账户支付本次保全申请所涉及各项费用金额。
- 因本人提供错误结算账户，账户金额不足或账户挂失、冻结、销户等原因造成转账不成功，引起的相关责任由本人承担。
- 本次提供账户仅作为本次保全申请的交付账户，若需变更续期保费交费账号请另行提供书面申请。

**授权委托书：**

本人授权委托 \_\_\_\_\_ (证件类型：\_\_\_\_\_ 证件号码：\_\_\_\_\_ 国籍：\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_ ) 办理申请书中填写的保险合同内容变更事项，由此委托引起的一切后果由本人承担。该委托自申请人签名之日起3个工作日内有效。

**签名须知：**

- ✓ 申请书上所有签名均应为申请人亲笔签名，他人不得代签；未成年人由法定监护人签署法定监护人本人的姓名。
- ✓ 为了维护您的权益，请不要在空白的申请书上签名，签名之前请对填写内容进行核对。
- ✓ 保险合同减额交清等是不可逆操作，变更后不得申请恢复。
- ✓ 如有疑问，此申请表相关内容解释权归属中银三星人寿保险有限公司。

**免责声明：**

本人已阅读并了解相关申请须知，并承诺上述各项资料真实、有效、完整、合法。本人确认中银三星人寿业务人员已就签名须知有关内容向本人予以提示和说明。本人同意此申请书及相关材料由中银三星人寿保留。本人已知悉、理解签名须知全部内容，并承诺承担本业务可能引发的所有责任和损失。

投保人签名： \_\_\_\_\_ 被保险人签名： \_\_\_\_\_ 委托代办人签名： \_\_\_\_\_  
 签名日期： \_\_\_\_\_ 签名日期： \_\_\_\_\_ 签名日期： \_\_\_\_\_

以下由保险公司填写

**若委托代办人为理财师，请填写：**

业务人员姓名： \_\_\_\_\_ 业务人员编号： \_\_\_\_\_

受理人姓名： \_\_\_\_\_ 受理日期： \_\_\_\_\_

