

# 保险合同变更申请书（变更 I 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：受益人变更的申请人為被保险人；其他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 \_\_\_\_\_

<p>01 <input type="checkbox"/> 客户联系方式变更 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人</p>	<p>通讯地址 _____ (省/直辖市) _____ (市) _____ (区/县) _____ 邮政编码 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>手机号码 _____ 住宅电话 _____ — _____ 办公电话 _____ — _____</p> <p>电子邮件 _____</p> <p>境外住址 _____ (国家/地区) _____ 国外联系电话 _____</p> <p>客户名下作为投保人的所有保单是否同时变更 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
<p>02 <input type="checkbox"/> 客户资料变更 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人</p> <p>注：客户职业、生日和性别变更请填写《保险合同变更申请书（补退费II类）》</p>	<p>变更后的资料：请填写需要变更的项目，未发生变化的项目无需填写。</p> <p>姓名 _____ 国籍 _____</p> <p>证件类型 _____ 证件号码 <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"/></p> <p>证件有效期起期 _____ <input type="checkbox"/> 长期 证件有效期止期 _____ <input type="checkbox"/> 长期</p> <p>现住址 _____ 省/直辖市 _____ 市 _____ 区/县 _____ 邮政编码 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>境外住址 _____ (国家/地区) _____ <input type="checkbox"/> 是否拥有社会医疗保险</p>
<p>03 <input type="checkbox"/> 受益人及受益人资料变更</p>	<p>_____ 受益人 姓名 _____ 性别 _____ 出生日期 _____ 与被保险人关系 _____</p> <p>受益顺序 _____ 受益比例 _____ 证件类型 _____ 证件号码 <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"/></p> <p>证件有效期起期 _____ <input type="checkbox"/> 长期 证件有效期止期 _____ <input type="checkbox"/> 长期</p> <p>受益人国籍 _____ 受益人职业编码 _____ 受益人职业描述 _____</p> <p>_____ 受益人 姓名 _____ 性别 _____ 出生日期 _____ 与被保险人关系 _____</p> <p>受益顺序 _____ 受益比例 _____ 证件类型 _____ 证件号码 <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"/></p> <p>证件有效期起期 _____ <input type="checkbox"/> 长期 证件有效期止期 _____ <input type="checkbox"/> 长期</p> <p>受益人国籍 _____ 受益人职业编码 _____ 受益人职业描述 _____</p>
<p>04 <input type="checkbox"/> 投保人变更</p> <p>注：申请书需被保险人签名 <input type="checkbox"/> 第二投保人实现</p>	<p>新投保人个人信息资料，以下项目全部为必填项。</p> <p>姓名 _____ 性别 _____ 出生日期 _____ 与被保险人关系 _____</p> <p>国籍 _____ 教育程度 _____</p> <p>证件类型 _____ 证件号码 <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"/></p> <p>证件有效期起期 _____ <input type="checkbox"/> 长期 证件有效期止期 _____ <input type="checkbox"/> 长期</p> <p>职业描述 _____ 职业代码（由保险公司填写） _____ <input type="checkbox"/> 是否拥有社会医疗保险</p> <p>新投保人联系方式资料：手机/住宅/办公电话至少填写一项。带*的为必须填写项目。</p> <p>手机号码 _____ 住宅电话 _____ — _____ 办公电话 _____ — _____</p> <p>电子邮件 _____</p> <p>*通讯地址 _____ (省/直辖市) _____ (市) _____ (区/县) _____ *邮政编码 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>*住址 _____ (省/直辖市) _____ (市) _____ (区/县) _____ *邮政编码 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>年收入 _____ 元 收入来源 _____</p>

	<p>新投保人交费方式：  <input type="checkbox"/> 现金                      <input type="checkbox"/> 银行转账（请同时填写《自动转账授权书》）</p> <p>新投保人声明：本人自投保人变更生效日起，享有本保险合同下投保人相关权利，愿意履行相关义务。</p> <p>新投保人签名：_____ 日期：_____</p>
05 <input type="checkbox"/> 保费交费方式及交费账号变更	<input type="checkbox"/> 现金 <input type="checkbox"/> 银行转账（请同时填写《自动转账授权书》） 投保人名下的所有保单是否同时变更 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
06 <input type="checkbox"/> 续期保费账户关联	<input type="checkbox"/> 关联 <input type="checkbox"/> 取消关联 申请保单的续期保费由如下万能保单账户价值自动抵交。 保单号码 <input type="text"/> (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) 注：办理续期保费账户关联后，在申请保单的续期保费应交日，万能保单账户价值抵交申请保单的续期保费后的余额不低于公司规定的最低限额时，申请保单的续期保费由万能保单的账户价值自动抵交，抵交后万能保单的账户价值等额减少。办理续期保费账户关联，在申请保单的续期保费应交日，万能保单账户价值抵交所申请保单的续期保费后的余额低于公司规定的最低限额时，申请保单的续期保费仍按原交纳方式处理
07 <input type="checkbox"/> 红利实现方式变更	变更后的红利实现方式：红利领取方式仅能在条款约定的范围内变更 <input type="checkbox"/> 现金领取 <input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 抵交保险费 <input type="checkbox"/> 自动转入万能账户 保单号码 <input type="text"/> (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) 注：办理红利自动转入万能账户后，新派发的红利将作为追加保费自动转入被关联保单的万能险账户中；红利实现方式已经为自动转入万能账户的保单，红利实现方式变更为其它方式时，则自动取消红利转入万能账户功能
08 <input type="checkbox"/> 保费逾期未付方式变更	变更后的保费逾期未付方式： <input type="checkbox"/> 中止合同 <input type="checkbox"/> 自动借款垫交保险费
09 <input type="checkbox"/> 短期险终止续保	<input type="checkbox"/> 短期险整单终止续保 <input type="checkbox"/> 短期附加险终止续保（请填写需要终止续保的险种名称） 险种名称 _____ 险种代码 _____ 险种名称 _____ 险种代码 _____
10 <input type="checkbox"/> 开通高级权限	<input type="checkbox"/> 开通微信高级权限 <input type="checkbox"/> 开通官网高级权限
11 <input type="checkbox"/> 养老金领取方式变更	<input type="checkbox"/> 年领 <input type="checkbox"/> 月领

**授权委托声明：**

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。
- √ 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：_____

