



农银人寿保险股份有限公司
ABC LIFE INSURANCE CO.,LTD.



个人保险合同变更申请书(变更类)

保全受理号:

公司提示: 1.申请需人工核保的保全项目时,请填写《客户健康告知书》,以便我公司进行核保处理。 2.请用黑色或蓝黑色钢笔、签字笔在变更项目前的□内打√,并用正楷填写需要变更的内容,不需变更的项目无需填写。																					
保险合同号 /客户号: 申请人姓名: ☐ 投保人 ☐ 被保险人 ☐ 生存受益人 ☐ 其他: _____																					
证件类型: 证件号码: <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 证件有效期: ☐ 长期 _____ 至 _____																					
申请方式: ☐ 客户亲办 ☐ 委托代办 ☐ 运营人员上门 ☐ 其他: _____ 申请人联系电话: _____																					
若委托他人代办请填写以下内容: 现委托 _____ 先生/女士 (证件类型: _____ 证件号码: _____) 前往贵公司代为办理以下保险合同变更事项,并郑重声明凡因本授权委托书引发的法律纠纷与贵公司无关。本授权委托书自签发之日起生效,有效期为5个工作日,在有效期内未送至公司客户服务柜台的,本委托授权书效力终止。(授权委托书签发日期同本申请书的申请日期) 代办人身份: ☐ 业务人员 ☐ 续期服务人员 ☐ 公司内勤 ☐ 其他 _____ 委托人签名: _____ 代办人签名: _____ 代办人电话: _____																					
☐ 投保人基本资料变更 ☐ 被保险人基本资料变更	学历: _____ 婚姻状况: _____ 户籍: _____ 工作单位/就读学校: _____ 居民类型: ☐ 城镇居民 ☐ 农村居民 投保人是被保险人的: ☐ 本人 ☐ 其他: _____ 固定年收入: _____ 万元 收入来源: ☐ 工薪 ☐ 个体 ☐ 私营 ☐ 务农 ☐ 其他: _____ 家庭年收入: _____ 万元 投保人职业代码: _____ 职业描述: _____ 兼职: _____ 是否有摩托车驾照: ☐ 是 ☐ 否 驾照类型: _____ 紧急联系人姓名: _____ 紧急联系人电话: _____																				
☐ 客户地址信息变更	常住地址: _____ 省 _____ 市 _____ 区/县 _____ 镇/街道 _____ 村/社区 邮编: _____ 通讯地址(□同上): _____ 省 _____ 市 _____ 区/县 _____ 镇/街道 _____ 村/社区 邮编: _____ 联系电话: ①移动电话: _____ ②固定电话: 区号 _____ 电话号 _____ 首选回访电话序号: _____ 电子邮箱: _____																				
☐ 客户重要资料变更 ☐ 受益人资料变更	姓名: _____ 性别: _____ 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 国籍: _____ 是否为美国纳税义务的个人: ☐ 否 居民税收类型: ☐ 仅为中国税收居民 ☐ 仅为非居民 ☐ 既是中国税收居民又是其他国家(地区)税收居民 ☐ 是 纳税人识别号: _____ 证件类型: _____ 证件号码: <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 证件有效期: ☐ 长期 _____ 至 _____																				
☐ 职业类别变更	职业编码: _____ 职业描述: _____																				
☐ 投保人变更 变更原因: ☐ 死亡 ☐ 失踪 ☐ 离异 ☐ 债权转移 ☐ 被保险人成年 ☐ 其他 _____	姓名: _____ 性别: _____ 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 国籍: _____ 是否是被保险人的: ☐ 本人 ☐ 其他 _____ 居民税收类型: ☐ 仅为中国税收居民 ☐ 仅为非居民 ☐ 既是中国税收居民又是其他国家(地区)税收居民 ☐ 是 纳税人识别号: _____ 证件类型: _____ 证件号码: <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 证件有效期: ☐ 长期 _____ 至 _____ 常住地址: _____ 省 _____ 市 _____ 区/县 _____ 镇/街道 _____ 村/社区 邮编: _____ 通讯地址(□同上): _____ 省 _____ 市 _____ 区/县 _____ 镇/街道 _____ 村/社区 邮编: _____ 联系电话: ①移动电话: _____ ②固定电话: 区号 _____ 电话号 _____ 首选回访电话序号: _____ 固定年收入: _____ 万元 收入来源: ☐ 工薪 ☐ 个体 ☐ 私营 ☐ 务农 ☐ 其他 _____ 续期交费账户开户银行: _____ 授权账号: _____ 户名: _____ 学历: _____ 婚姻状况: _____ 居民类型: ☐ 城镇居民 ☐ 农村居民 职业代码: _____ 职业描述: _____ 兼职: _____ 工作单位/就读学校: _____ 新投保人签名确认(必填): _____																				
☐ 保费自垫选择权变更	☐ 申请自动垫交保费 ☐ 终止自动垫交保费																				
☐ 生存金领取频率变更	领取频率: ☐ 年领 ☐ 月领																				

□生存金领取期限变更		□一次性领取 □终身领取 □固定_____年领取 □其他：																															
□生存金领取年龄变更		首次领取年龄：																															
注：达到反洗钱标准的保单，如变更后受益人为被保险人父母、配偶、子女以外的其他人，须同时在备注栏登记受益人的职业和联系电话。																																	
		姓名	性别	出生日期	证件类型	证件号码	证件有效期	国籍	是被保人的	是投保人的	受益顺序	受益比例	住址序号																				
□生存受益人变更																																	
□身故受益人变更																																	
		住址序号：①同投保人 ②同被保险人 ③其它（请在备注栏详细填写住址及邮编）																															
□红利派发方式变更 □生存金派发方式变更		□现金领取 □累积生息 □抵交保费 □交清增额 □进入万能账户 □其他：_____																															
□交费信息变更 □生存给付账户信息变更		开户银行： 户名： 授权账号： <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																															
□资金账户关键信息变更		开户银行： 户名： 授权账号： <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 银行预留电话：																															
□社保标识变更		□有社保 □无社保 社保标识变更日期：																															
□信函寄送方式变更		□电子信函 □纸质信函																															
□预约还款方式变更		预约还款日期： 预约还款方式：□全部还款 □部分还款 还款金额：¥ 元（大写） 仟 佰 拾 万 仟 佰 拾 元 角 分 □取消预约还款																															
□因变更产生补、退费相关账户信息		□交费 □领款		开户银行： 户名： 授权账号： <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																													
转账授权		转账授权声明：授权账户是本人真实姓名开户的个人结算账户，现授权保险公司及开户银行以下事项： 1.通过本授权账户扣取本次申请项目应收款项或向该账户返还本次申请业务应退款项。 2.自本《保险合同变更申请书》生效之日起，以后各期应交保险费从本次指定的授权账户转账至贵公司账户中，转账金额以贵公司向开户银行提供的当期应缴保险费为准。若变更授权账户或终止本授权，本人将在下一个保险费应交日至少15日前书面通知贵公司，变更或终止之前，本授权始终有效。（ 本项声明仅对投保人变更及交费信息变更项目有效 ） 3.自本《保险合同变更申请书》生效之日起，授权贵公司将以后各期续领款项，通过该授权账户返还。若需变更授权账户或终止本授权，本人将在下一个领取日至少15日前书面通知贵公司，变更或终止之前，本授权始终有效。（ 本项声明仅对选择生存给付账户变更有效 ） 4.本人保证所提供的账户信息及身份资料真实可靠，因提供非本人账户而导致的纠纷或法律责任，概由本人承担。 5.本人保证授权账户处于可转账状态，因账户挂失、账户冻结、账户余额不足或其他原因导致转账付款不成功而引起的后果，概由本人承担。 6.在任何情况下，若因贵公司给付款项金额有误而导致账户所有人并非基于法律规定或合同约定的原因收到该误付款项，则授权人同意无条件及时退还全部误付款项予贵公司。 授权人签名：																															
备注：																																	
声明：		1.本人已仔细阅读知、理解贵公司提示并同意遵守，保证所提供的账户信息和身份信息真实可靠。谨以此申请书作为保险合同变更要约，并同意贵公司依此办理上述变更事项。 2.本人同意贵公司采集本人办理保险业务所需的信息要素（包括姓名、国籍、证件类型、证件号码、证件有效期起止期限、联系方式、住址、账号），传递给中国人民银行、国务院保险监督管理机构、中国保险行业协会、中国银行保险信息技术管理有限公司及其分支机构或监管机构指定的机构进行有效性核验并向贵公司反馈。 3.本人同意贵公司采集涉及本人的个人信息及保单信息，并由国务院保险监督管理机构、中国保险行业协会、中国银行保险信息技术管理有限公司和农银人寿官方微信公众号及APP展示的客户个人信息委托处理的机构进行存储、登记，上述各单位均可对上述信息进行合理的使用。 4.如身份证件有效期发生变化，本人同意授权一并变更。 5.本人同意此次保全申请批单送达方式为 □自取 □代办人代领 □无需批单 □其他（如未勾选视同为无需批单）																															
投保人签名：		被险人（或被险人监护人）签名：				生存受益人（或监护人）签名：																											
日期： 年 月 日		日期： 年 月 日				日期： 年 月 日																											
保险公司填写		保全受理机构：					受理人员签章：																										
		保全受理章：					受理日期：																										