

填写示范



* P0106601 *

保险合同变更申请书

(基本信息类变更)

受理号

--	--	--	--	--	--	--	--

保单号码: 0 1 2 3 4 5 6 7 投保人: 张大明 服务人员 代码: 6001254A 服务人员 姓名: 陈三 服务人员 联络电话: 135000XXXX

请在下列适当的方格内打“√”，并在该栏详细填写变更内容。如需详述，请于其它栏填写。

<input checked="" type="checkbox"/> 1 变更保单通讯资料 (投保人名下保单同时变更, 保单号为: _____)																																																							
新地址: 广东 省/自治区 广州 市 海珠 区 琶洲 镇/街道 大家庭花园 村/社区 B6栋1001号 地址填写应具体至门牌号码																																																							
移动电话 1: 1351234567X 移动电话 2: 1351234567X 固定电话: 020-12345678 邮编: 5 1 0 0 1 1																																																							
<input checked="" type="checkbox"/> 2 更改个人资料 (变更姓名, 请同时勾选第3项变更, 提供新签名样本)		姓名 李小丽 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 出生日期: 1990年1月10日 国籍: 中国 证件类型 <input checked="" type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 户口本 <input type="checkbox"/> 出生证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 回乡证 <input type="checkbox"/> 士兵证 <input type="checkbox"/> 台胞证 <input type="checkbox"/> 其他 证件号码 4 4 0 0 1 1 1 9 9 0 0 1 1 0 X X X X 证件有效期 2010年01月01日至2030年01月01日/□长期 变更原因: 变更证件有效期 (若您作为投保人、被保险人及受益人在我司还有其他保单, 本次变更亦同时适用) 以变更被保险人个人资料为例, 完整填写个人信息。 (此处留下新签名)																																																					
<input checked="" type="checkbox"/> 3 变更签名 <input checked="" type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人或其监护人		本人声明: 1、原投保书及健康告知书上所填写的资料均属实; 1、完整填写各受益人信息; 2、今后凡涉及保险合同的一切签名均以受益人与被保险人之间必须 2、受益人与被保险人之间必须 须存在保险利益关系。																																																					
<input checked="" type="checkbox"/> 4 变更身故保险金受益人 (同一顺序受益人受益份额须为100%) 须存在保险利益关系。																																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>姓名</th> <th>性别</th> <th>国籍</th> <th>出生日期</th> <th>是被保险人的</th> <th>受益顺序</th> <th>受益比例</th> <th>证件类型</th> <th>证件有效期</th> <th>证件号码</th> <th>移动电话</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>张小明</td> <td>男</td> <td>中国</td> <td>2001/08/01</td> <td>子女</td> <td>1</td> <td>50%</td> <td>身份证</td> <td>20200101至20300101</td> <td>44001120010801XXXX</td> <td>1892022072X</td> </tr> <tr> <td>张大明</td> <td>男</td> <td>中国</td> <td>1955/10/01</td> <td>配偶</td> <td>1</td> <td>50%</td> <td>身份证</td> <td>20200301至长期</td> <td>44001119551001XXXX</td> <td>1581234597X</td> </tr> <tr> <td colspan="9" style="text-align: center;">至</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>												姓名	性别	国籍	出生日期	是被保险人的	受益顺序	受益比例	证件类型	证件有效期	证件号码	移动电话	张小明	男	中国	2001/08/01	子女	1	50%	身份证	20200101至20300101	44001120010801XXXX	1892022072X	张大明	男	中国	1955/10/01	配偶	1	50%	身份证	20200301至长期	44001119551001XXXX	1581234597X	至										
姓名	性别	国籍	出生日期	是被保险人的	受益顺序	受益比例	证件类型	证件有效期	证件号码	移动电话																																													
张小明	男	中国	2001/08/01	子女	1	50%	身份证	20200101至20300101	44001120010801XXXX	1892022072X																																													
张大明	男	中国	1955/10/01	配偶	1	50%	身份证	20200301至长期	44001119551001XXXX	1581234597X																																													
至																																																							
<input checked="" type="checkbox"/> 5 变更投保人 (需同时办理银行自动转账授权以及通讯资料变更) 新投保人签名: 李小丽		新投保人姓名 李小丽 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 出生日期: 1990年01月10日 国籍: 中国 新投保人是被保险人的: <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 证件类型 <input checked="" type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 户口本 <input type="checkbox"/> 出生证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 回乡证 <input type="checkbox"/> 士兵证 <input type="checkbox"/> 台胞证 <input type="checkbox"/> 其他 证件号码 4 4 0 0 1 1 1 9 9 0 0 1 1 0 X X X X 证件有效期 2010年01月01日至2030年01月01日/□长期 变更原因: 变更投保人 新投保人在此栏留下新签名样式 新投保人与原投保人声明: 投保人变更后的保险合同继续有效, 合同项下的全部权利义务由原投保人转移至新投保人, 新投保人享有并承担与原投保人相同的权利及义务, 变更后的保险合同将对新投保人及中信保诚人寿保险有限公司具有约束力。																																																					
<input type="checkbox"/> 6 保险费逾期未付选择 <input type="checkbox"/> 合同效力中止 <input type="checkbox"/> 自动垫缴保险费 (垫缴后会产生利息, 请慎重选择)																																																							
<input type="checkbox"/> 7 现金红利领取方式 <input type="checkbox"/> 储存生息 <input type="checkbox"/> 抵缴保险费																																																							
<input type="checkbox"/> 8 变更年金领取方式 <input type="checkbox"/> 年领 <input type="checkbox"/> 月领																																																							
<input type="checkbox"/> 9 变更生存金领取频次 <input type="checkbox"/> 年领 <input type="checkbox"/> 月领 仅适用于京彩智选、安享嘉华等保险产品																																																							
<input type="checkbox"/> 10 进入缓交期 仅适用于福连金生B款、金福连、全民投等保险产品																																																							
<input type="checkbox"/> 11 补发 补发保险合同(工本费10元)原保险合同声明作废, 本人愿承担由此而产生的法律责任。																																																							
<input type="checkbox"/> 12 其它 请详述:																																																							
收/退费转账事项: 本次申请涉及收取之费用或退还之款项, 本公司将从续期账户中划扣或支付至该账户, 如账户所有人为被保险人, 则被保险人须在本申请书上同时签名。其他情况请相应的权益人提供《中信保诚人寿银行自动转账授权书》授权账号。																																																							
委托代办		本人委托 陈三 (先生/女士), 身份证件号码 44012319811001XXXX, 代为办理上述保险合同变更事项, 并承担由此产生的所有法律责任。如因此发生任何纠纷, 本人自愿承担相应后果。																																																					
申请人声明和签名: 本人已仔细阅读并同意申请书背面的《客户个人信息使用授权声明》《申请须知》。																																																							
投保人签名: 张大明 (投保人亲笔签名)						被保险人/监护人签名: 李小丽 (被保险人亲笔签名)																																																	
代办人签名: 陈三 (代办人签名)						申请日期: 2023 年 03 月 01 日																																																	

客户个人信息使用授权声明

1. 本人（指投保人和被保险人）确认，本人已经通过查阅贵公司官网（网址：www.citic-prudential.com.cn）的内容，阅读、理解并同意《中信保诚隐私政策》的全部内容。本人确认提交贵公司的个人信息为本人自愿提供的真实信息，本人提供的被保险人及受益人的个人信息均已获得个人信息主体的明确授权同意。投保人、被保险人及受益人信息均准确无误。若信息不实，贵公司有权依法解除保险合同，并对合同解除前发生的保险事故不承担保险责任。
2. 本人（指投保人和被保险人）充分理解并同意，基于本人的同意、履行保险合同的必要以及《中信保诚隐私政策》中“我们如何收集和使用您的个人信息”所述的目的，贵公司及其合作机构有权从本人处或合法持有本人个人信息的第三方机构收集、记录、核实、处理本人及受益人的个人信息（这些信息可能含有《中信保诚隐私政策》“附录1：定义”所述内容），包括但不限于手机号码、身份证件号码、财产信息、个人健康生理信息、保单信息、理赔信息、位置信息、保单服务、医疗记录、病历及各类检查资料和涉嫌欺诈、洗钱、恐怖主义等信息，并对本人及受益人的个人信息进行妥善记录和保存。
3. 本人（指投保人和被保险人）充分理解并同意，贵公司有权将本人及受益人的个人信息向相关授权合作伙伴共享，贵公司的相关授权合作机构可对本人及受益人的个人信息进行有效性核验、存储、登记、合理的使用与传递。本人已经通过《中信保诚隐私政策》中“我们如何委托处理、对外提供、转让、公开披露您的个人信息”及“您的个人信息如何在全球范围转移”的内容，充分理解此类个人信息共享的范围、共享目的和接收方身份。未经本人授权，贵公司不会将个人信息用于人身保险公司和其他合作机构的销售活动。为确保信息安全，贵公司及其合作机构应采取有效措施并承担保密义务。
4. 本人（指投保人和被保险人）同意贵公司在实现处理目的所需的期限内保存及使用本人及受益人的个人信息。保存期限自保险合同终止之日起计算，保险期间在一年以下的为五年；保险期间超过一年的为十年，法律法规另有规定或本人另有授权的除外。

申请须知

1. 本申请书须用黑色或深蓝色字迹钢笔或签字笔填写。投保人/被保险人务必亲自签名，未成年人或限制民事行为能力人或无民事行为能力人须由其法定或指定监护人代签。
2. 本申请书所载变更事项经中信保诚人寿保险有限公司审核同意通过后生效，生效日以《中信保诚人寿保险有限公司受理项目批注单》上记载为准，批注单为原合同的补充合同。
3. 本次变更如涉及保单账户值、现金价值、退保费用（含部分提取费用、未到期保险费、手续费）、利息（指复效、借款、领取红利或生存保险金应计利息）的结算，均四舍五入精确至分位。

各项变更申请须随附资料

申请项目	保险合同变更申请书	健康、财务及职业告知	身份证明文件			其它资料
			投保人	被保险人	受益人	
变更保单通讯资料	✓					
更改个人身份资料	✓		✓(代办)	✓(代办)		变更人的身份证明文件
变更签名	✓					
变更身故保险金受益人	✓		✓(代办)	✓(代办)	✓	
变更投保人	✓	✓	✓	✓		新投保人与旧投保人的身份证明文件
保险费逾期未付选择	✓					
变更现金红利领取方式	✓		✓(代办)			
变更年金领取方式	✓					
变更生存金领取频次	✓					
进入缓交期	✓					
补发保单	✓		✓(代办)			工本费

注：若上表有注明“（代办）”，则代表该项文件为委托他人（包括销售人员）代办时要求提供。若为委托我司销售人员以外的其他人办理保全业务的，办理各项业务还须同时提供委托人与代办人的身份证明文件。