

保险合同内容变更申请书



1020101011



提交申请前
请扫描授权

致：北大方正人寿保险有限公司

保险合同编号：_____ 申请日期：_____年_____月_____日

投保人声明：本人申请以下第_____项变更事项，并同意其变更的生效日以贵公司在保险合同批注上的批准日期为准。

01□ 自动续保选择权变更 □ 主险 □ 附加险		<input type="radio"/> 续保 附加险名称：_____ 附加险名称：_____ 附加险名称：_____ <input type="radio"/> 不续保 附加险名称：_____ 附加险名称：_____ 附加险名称：_____ 若选择附加险，需填写附加险的名称。仅适用于有续保选择权的险种，且不享有60天宽限期。								
02□ 红利、生存金、年金领取方式变更		红利 <input type="radio"/> 现金 <input type="radio"/> 累积生息 <input type="radio"/> 抵交保费 <input type="radio"/> 购买交清增额保险 <input type="radio"/> 进入万能账户 生存金 <input type="radio"/> 现金 <input type="radio"/> 累积生息 <input type="radio"/> 抵交保费 <input type="radio"/> 进入万能账户 年金 <input type="radio"/> 现金 <input type="radio"/> 累积生息								
03□ 变更通讯地址 □ 投保人 □ 被保险人		通讯地址：_____省/直辖市_____市_____区/县_____ 邮政编码：_____								
04□ 变更投保人 如保单附加了豁免险，变更投保人将同时取消豁免		新投保人声明：本人已理解贵公司明确说明的免除保险人责任相关条款，并同意原投保单及其他保险单证（含告知声明部分）的内容与效力。本人自此项变更生效日起，享有本保险合同下与投保人相关的权利，并愿意履行相关义务。原投保人声明：本人自此项变更生效日起，放弃本保险合同下与投保人相关的权利。 姓名：_____ 性别：_____ 出生日期：_____ 国籍：_____ 证件类型：_____ 证件号码：_____ 有效期：_____ 税收居民身份：_____ 与被保险人关系：_____ 新投保人名样本：_____ 投保人月收入：_____ 职务内容：_____ 职业代码：_____ 移动电话：_____ 家庭电话：_____ 办公电话：_____ 电子邮箱：_____ 请同时填写03项变更通讯地址								
客户基本信息变更	05□ 投保人	姓名：_____ 性别：_____ 出生日期：_____ 国籍：_____								
	06□ 被保险人	证件类型：_____ 证件号码：_____ 有效期：_____								
	07□ 家属被保险人	税收居民身份：_____ 与投保人关系：_____ 职务内容：_____ 职业代码：_____								
	08□ 身故受益人	移动电话：_____ 家庭电话：_____ 办公电话：_____								
09□ 变更签名		电子邮箱：_____ 其他内容：_____ 温馨提示：客户基本信息变更可能会影响已授权付款账号的转账，请您扫描右上方的二维码进行授权验证。除变更出生日期、性别、职业，其他客户基本信息变更时，同一客户只需填写一份变更申请，经审核通过后会同步更新其名下所有保单信息。 本人郑重声明：本人认可变更签名前以本人名义签署投保单及其他保险单证的内容和效力；今后凡涉及上述保险合同之一切签名，均按此样本为准。如因上述变更签名事项引起的任何纠纷包括诉讼及由此引起的一切责任和费用，概由本人负责解决和承担，与贵公司无涉。 投保人新签名样本：_____ 被保险人新签名样本：_____ 家属被保险人新签名样本：_____ 变更原因：_____								
10□ 变更保险费逾期未付选择		<input type="radio"/> 自动垫交保险费 <input type="radio"/> 中止合同								
11□ 身故受益人变更		姓名	性别	出生日期	国籍	证件类型	证件号码	有效期	与被保险人关系	受益比例



* 1 0 2 0 1 0 1 0 1 2 *

12□ 保单基本信息变更	<input type="radio"/> 新增续期/变更保险费电子发票 <input type="radio"/> 取消续期/变更保险费发票
13□ 变更付款人 14□ 变更领款人	原付款/领款人 (□个人/□公司) _____ 现付款/领款人 (□个人/□公司) _____ 付款人变更为个人, 请同时填写《保险款项授权账户及变更申请书》; 变更为公司, 请同时填写《个人保险委托书》
15□ 变更业务人员	原业务人员编号 _____ 现业务人员编号 _____ 现业务人员姓名 _____ 更换原因 _____ 原业务人员签字 _____
16□ 变更缴费频率	<input type="radio"/> 年交 <input type="radio"/> 半年交 <input type="radio"/> 季交 <input type="radio"/> 月交
17□ 缴费期限变更	主合同名称: _____ 交费期间/保险期间 变更前: _____ 变更后: _____
18□ 增加/减少保额 19□ 投资型产品-增加/减少保额	合同名称: _____ 变更前基本保额: _____ 变更后基本保额: _____ 合同名称: _____ 变更前基本保额: _____ 变更后基本保额: _____ 合同名称: _____ 变更前基本保额: _____ 变更后基本保额: _____ 合同名称: _____ 变更前基本保额: _____ 变更后基本保额: _____
20□ 保单迁移	迁出分公司名称: _____ 迁入分公司名称: _____ 现业务人员姓名及编号: _____
21□ 减额交清	(减额交清后的主合同基本保额及用于减额交清的现金价值净额须分别符合该产品的保额及保险费的限制)
22□ 投资型产品-基本保险费变更	原每期保险费为: _____元 现每期保险费为: _____元
23□ 投资型产品-部分领取 <input type="checkbox"/> 按个人账户价值 <input type="checkbox"/> 按不同投资账户	部分领取个人账户价值: _____元 成长型投资账户: _____元 平衡型投资账户: _____元 稳健型投资账户: _____元 当发生巨额领取时, 我们按照不低于该投资账户内投资单位总数 10%的比例确定可以进行交易的部分, 其余领取部分选择: (有关巨额领取具体内容参见条款) <input type="checkbox"/> 延期交易 <input type="checkbox"/> 停止交易
24□ 投资型产品-账户转换 <input type="checkbox"/> 按金额 <input type="checkbox"/> 按单位	原成长型投资账户: 全部/部分 _____元/单位 现成长型投资账户: 全部/部分 _____元/单位 原平衡型投资账户: 全部/部分 _____元/单位 现平衡型投资账户: 全部/部分 _____元/单位 原稳健型投资账户: 全部/部分 _____元/单位 现稳健型投资账户: 全部/部分 _____元/单位 如勾选全部, 则不需要具体金额或单位数, 如勾选部分, 则需写明具体金额或单位数
25□ 投资型产品-变更保费分配比例	成长型投资账户 _____% 平衡型投资账户 _____% 稳健型投资账户 _____% (总计100%) 注: 各投资账户百分比精确到个位。请务必在每次续期自动转账前 5 个工作日提出此项变更申请, 否则最近一次续期自动转账保费可能仍以变更前的分配比例进入各投资账户。
26□ 结束缓缴期/宽限期	<input type="radio"/> 结束缓缴期 (□全部/□部分) _____期 <input type="radio"/> 结束宽限期
27□ 投资型产品-追加保费	金额: _____元 若保单有欠交保险费, 应先还清欠交的期交保险费后再支付趸交额外保险费。
28□ 复效	<input type="radio"/> 传统险复效 <input type="radio"/> 投资型产品复效 短期附加险失效后不接受复效
29□ 新增附加合同 (新增家附险需同时填写07项)	姓名: _____ 附加险名称: _____ 交费期间/保险期间: _____ 基本保额: _____ 姓名: _____ 附加险名称: _____ 交费期间/保险期间: _____ 基本保额: _____ 姓名: _____ 附加险名称: _____ 交费期间/保险期间: _____ 基本保额: _____ 姓名: _____ 附加险名称: _____ 交费期间/保险期间: _____ 基本保额: _____
30□ 增补告知	变更内容 <input type="radio"/> 健康资料 <input type="radio"/> 取消不承保事项 需同时填写《健康声明书》及提供相关病历或检验报告 变更对象 <input type="radio"/> 投保人 <input type="radio"/> 被保险人 <input type="radio"/> 家属被保险人
31□ 变更社保信息	<input type="radio"/> 公费医疗或社会医疗保险身份 <input type="radio"/> 非公费医疗且非社会医疗保险身份
32□ 其他	

本人承诺所提供的个人信息真实、完整, 并愿意承担因提供的信息不实、不全或违反有关规定而造成的所有后果。

税收居民身份: 1、仅为中国税收居民; 2、仅为非中国税收居民; 3、既是中国税收居民, 又是其他国家(地区)税收居民。如果是2和3, 需同时递交《个人居民税收身份声明文件》

本次变更费用支付及领取方式: POS机刷卡 银行转账

为维护您的权益, 请勿在空白申请书上签署。签署前, 请核对新填写的内容。

投保人: _____ (签名) 被保险人: _____ (签名) 家属被保险人: _____ (签名)

业务人员: _____ (签名) 业务人员编号: _____ 营业处代码: _____

2018年07月版本