中荷人寿
BOB-CARDIF LIFE

中荷人寿保险有限公司

PA011

保险合同变更申请书

保险合同编号：□□□□□□□□□□□□□□□□ 投保人：_____ 被保人：_____

请在所选择保全项目前的□内打✓， 填写所需办理的内容和相关事项。 申请日期：_____年_____月_____日

□电话地址变更 □保单迁移 保单迁至地：_____	通讯地址(到门牌号)：_____ 省/直辖市_____市 _____区_____ 请填写变更原因：	邮政编码： 移动电话：
	如果其它电话地址需要变更，请选择并在下面的横线上填写： □投保人 □被保人	
	常住地址(到门牌号)：_____	邮政编码：
	工作单位地址(到门牌号)：_____	邮政编码：
	电子邮箱： 住宅电话：( )- 移动电话： 办公电话：( )-	
□客户资料变更 □投保人资料 □被保险人资料	姓名： 性别：□男 □女 出生日期： 年 月 日 国籍：	
	□身份证 □护照 □军人证 □其它：_____ 证件号码	
	有效期至____年____月____日 婚姻状况： 请填写变更原因：	
	是否参加基本医疗保险或公费医疗： □是 □否 **提示：如涉及受益人(资料)变更，请同时申请变更。**	
□投保人变更 **提示：如涉及受益人(资料)变更，请同时申请变更。**	姓名： 性别：□男 □女 出生日期： 年 月 日	
	□身份证 □护照 □军人证 □其它：_____ 证件号码	
	有效期至____年____月____日 国籍： 婚姻状况： 职业代码：	
	关系：被保险人是投保人的 □本人□父亲□母亲□妻子□丈夫□儿子□女儿□祖父□祖母□其他：	
	请填写变更原因： 提示：变更投保人请同时变更收付费方式	
	常住地址(到门牌号)：	邮政编码：
	工作单位地址(到门牌号)：	邮政编码：
	住宅电话：( ) - 办公电话：( ) - 移动电话： 电子邮箱： 信托公司联系人姓名：	

□受益人变更
□受益人资料变更
变更原因：_____

受益人性质	受益顺序	受益百分比	姓 名	性别	国籍	出生日期	证件类型	证件号码	关系：是被保险人的	联系方式
身故受益人								有效期至____年____月____日		
满期受益人								有效期至____年____月____日		
保全生存受益人								有效期至____年____月____日		
理赔生存受益人								有效期至____年____月____日		

信托公司联系人姓名：
如果有多个受益人，请在下方空白处按以上内容填写

□缴费方式变更	□年缴 □半年缴 □季缴 □月缴 （仅限开办缴费方式变更的公司填写）
□缴费年期变更	险种名称 缴费年期由 变更为
□保费逾期未付选择权	□自动垫缴 □中止
□减额交清	注：交清后不得恢复原契约，附约不能交清的请同时申请解除。
□职业变更	变更对象：□投保人□被保险人 请详述工作内容：
	职业代码： 兼职代码：
□复效	本次复效险种选择：□整单复效 □仅复效主险 □部分附加险/可选责任与主险同时复效(不复效的长期附加险请同时申请解除) □投连险、万能险复效补缴：□全部保费 □_____期保费 □仅复效附加险(仅限开办此项业务的险种办理)本次复效的附加险/可选责任名称及代码_____
□复缴	注：自动垫缴中的保单申请复缴时，需要补缴整张保单全部欠缴的期缴保费及利息；

请双面打印使用

官网下载版

□缓缴期解除	□全部 □补缴_____期保费（仅限开办此项业务的险种选择） 注：缓缴期中的保单申请缓缴期解除时，若选择补缴全部欠缴保费时，提醒您同时申请附加险复效。
□收付费方式变更	1、转账银行： 银行账号： 账户名： （本投保人兹授权中荷人寿保险有限公司及上述所填写银行自投保人的个人结算账户内交付中荷人寿保险合同期间的各期保险费，同时可作为各类退费转账使用。本转账授权行为持续有效，直至投保人变更新收付费方式。） 2、□自行缴纳
□红利选择权变更	□现金 □抵交保费 □累积生息 □交清增额
□累积红利领取	□全部 □部分_____元 （仅限开办此项业务的险种选择）
□文字批注	批注内容：
□保单补发	第 次补发，原保单自补发之日起作废
□保单挂失或解除	□保单挂失 □保单挂失解除
□保单还款	□全部本息 □只还利息 □全部利息和部分本金 _____元
□加保★ □新增附约★ □计划保障变更	险种名称及代码 变更后的保额/计划别/保障/保费 缴费年期 _____ _____ _____ _____ _____ _____
□险种变更★ □附约险种转换	1、变更后的险种为：_____缴费年期为：_____保险期间为：_____保额□是□否同时变更， 变更后的保额为：_____如果变更后的险种为分红险，红利选择权为：_____ 注：险种变更后不得恢复原契约 2、附加险转换后的险种为：_____（仅限条款约定允许转换的险种进行变更）
□被保险人经历告知 **（如申请以上打★项新增附约、加保、险种变更，请同时填写被保险人经历告知。）**	1.是否已购买或准备购买其它保险公司的人寿保险、意外险或健康保险？若“是”，请详列 □是□否 公司名称： □寿险保额： □意外伤害保险保额： □重大疾病保险保额： □商业医疗保险险种/保额/档次/计划别： □投保日期：
	2.若被保险人为未成年人，是否已参保其它保险公司的以死亡为保险金给付条件的人身保险？ 若“是”，请详列 □是□否 公司名称： 保险险种： 保险金额总和：人民币 万元
	3.新增费用补偿型医疗保险请填写以下内容：被保险人是否参加基本医疗保险或公费医疗：□是 □否
□减保 □附约不续保 □整单不续保 减保原因：_____	申请减保或附约不续保的险种名称及代码 变更后的保额/保费： _____ _____元 _____ _____元 _____ _____元 注：附约不续保、整单不续保不须填写变更后的保额/保费
□补充告知	补充告知对象： □投保人 □被保人 补充告知内容（**请同时填写健康声明书**）：
□生存金领取方式变更	□直接领取 □累积生息（仅限开办此项业务的险种选择）
□年金领取频次变更	□按月领取 □按年领取
□年金转换	转换比例：□全部满期保险金□满期保险金的50%，领取方式：□五年期□十年期□二十年期□三十年期
□领取信息变更	□首期年金领取日：被保险人满 周岁后的首个保单周年日 □年金领取比例： %
□关联选择权取消	
□其他	

注意事项：1. 中荷人寿采集客户信息特别是联系电话和联系地址的用途，包括但不限于计算保费、核保、寄送保单和客户回访等，如果发生变更，请及时办理更正手续；
2. 客户不提供真实、完整客户信息可能带来的后果，包括但不限于不能及时收到中荷人寿关于保单权益的各类通知及缴费信息提醒等；
3. 中荷人寿承诺未经投保人及被保险人同意，不会将客户信息用于中荷人寿和第三方机构的销售活动。

收付方式：银行转账，请确定银行账户为：□续期缴费账户 □其它账户，如果选择其它账户，请同时填写账户信息，如未勾选默认为续期账户。

开户银行：_____ 账户名：_____ 银行账号：_____

投保人签名：	证件类型：	证件号码：	联系电话：
被保人(法定监护人)签名：	证件类型：	证件号码：	联系电话：
新投保人签名：	证件类型：	证件号码：	联系电话：

委托代办人签名：	证件类型：	证件号码：	
营业单位：	业务代码：	代办人电话：	投保人电话：

客户亲访□门店 □区部 □经代公司 □保全受理人员上门办理 □其他： 受理人员签名： 日期：

请双面打印使用

官网下载版