

光大永明人寿保险有限公司

保险合同变更申请书

一、保险单号码 XXXXXX 申请人 投保人 (☒ 投保人口第 被保险人口其他) 申请日期 XX 年 X 月 X 日
填写说明: 请申请人用黑色签字笔或钢笔亲笔填写并签名; 请保持申请书签名与留存本公司的签名样本一致。

二、变更项目及内容:

1 客户资料变更 国籍变更为“非中国”或证件类型变更为“港、澳、台”证件，须填写本申请书第四项“个人税收居民身份声明”内容；变更“姓名”或“证件号码”时，须填写变更原因。	请选择变更对象：☐投保人 ☐被保险人 ☐其他被保险人（第____被保险人） ☐受益人 姓名：_____ 性别：☐男 ☐女 出生日期：____年____月____日 国籍：_____ 职业：_____ 职业类别：_____类 职业代码（公司填写）：<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></tr></table> 证件类型：☐身份证 ☐护照 ☐其他_____ 证件有效期：_____至_____ 证件号码：<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> ☐其它_____ 变更原因：☐填写错误需要更正 ☐一人多个证件号需要更正 ☐正常升位 ☐其他_____																																										
2 客户联系方式变更 电话、地址变更为“境外”时，须填写第四项“个人税收居民身份声明”内容。 ☐关联其他保单	请选择变更对象：☐投保人 ☐被保险人 ☐其他被保险人（第____被保险人） ☐受益人 2.1 信函寄送方式：☐电子信函 ☐短信信函 ☐微信信函 2.2 电子邮箱：_____ 2.3 联系地址：_____省/_____市_____ 邮编：<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 2.4 家庭电话：区号_____电话_____ 移动电话：_____ 办公电话：区号_____电话_____ 工作单位：_____																																										
3 交费信息变更 ☐关联其他保单	3.1 银行账号变更：开户银行：_____ 户名：_____ 结算账号：<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> 声明：该账户为投保人以本人真实姓名开立的结算账户，并自愿授权贵公司使用该银行账户进行保险款项转账收付。 变更原因：☐为方便交费 ☐原账号已销户 ☐原账号丢失 ☐自交变更为银行转账 ☐其他_____ 3.2 续期交费方式变更为：☐自交 ☐转账 自交方式变更为转账方式，须同时填写本申请第3.1项银行账号变更。																																										
4 红利领取方式变更	变更为：☐现金红利 ☐累计生息 ☐抵交保费 ☐其它_____																																										
5 年金领取方式变更	变更为：☐一次领取 ☐终身领取 ☐定期领取 ☐定期保证领取 ☐定期保证终身领取 ☐其它_____																																										
6 年金领取频率变更	变更为：☐年领 ☐月领 ☐其它_____																																										
7 逾期未付选择权变更	变更为：☐合同中止 ☐保险费自动垫交 填写本栏时，请仔细阅读保险合同条款中《保险费自动垫交》的相关内容。																																										
8 保单迁移 申请本项须同时填写第3项银行账号变更。	迁出地：_____ 迁入地：_____ 手机号：_____ 迁入地联系地址：_____省/_____市_____ 邮编：<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																										
9 投保人变更 申请本项变更须同时填写第3项银行账号变更和第四项“个人税收居民身份声明”内容。	新投保人姓名：_____ 性别：☐男 ☐女 出生日期：____年____月____日 国籍：_____ 婚姻状况：☐已婚 ☐未婚 ☐离异 ☐丧偶 与被保险人关系：☐本人 ☐配偶 ☐其它_____ 证件类型：☐身份证 ☐护照 ☐其他_____ 证件有效期：_____至_____ 证件号码：<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> 电子邮箱：_____ 工作单位：_____ 职业：_____ 职业类别：_____类 职业代码：<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></tr></table> 家庭电话：_____ 手机：_____ 信函寄送方式：_____ 联系地址：_____省/_____市_____ 邮编：<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 变更原因：_____ 新投保人签字：_____ 日期：____年____月____日																																										
10 第____被保险人身故保险金受益人变更	受益人姓名：_____ 性别：☐男 ☐女 出生日期：____年____月____日 国籍：_____ 证件类型：☐身份证 ☐护照 ☐其他_____ 证件有效期：_____至_____ 证件号码：<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> 职业：_____ 受益顺序：_____ 受益比例(%)：_____ 与被保险人关系：_____ 联系电话：_____ 联系地址：_____省/_____市_____																																										
11 交费频率变更	变更为：☐月交 ☐季交 ☐半年交 ☐年交																																										
12 交费期限变更	变更后交费期限：_____年																																										
13 保单补发	投保人声明：原保险合同自申请之日起作废，贵公司根据原保险合同的内容补发且只依据补发的保险合同承担保险责任。原保险合同无任何转让、质押事实，也无相关的债务及其它诉讼事项。因保险合同遗失而造成的其它后果由本人承担。 申请人签字：_____ 本公司根据您的申请，补发上述保险单号的保险合同文本一份，并将严格按照合同当事人双方的约定履行保险人的义务，原合同作废。																																										
14 满期后续保	第____被保险人 险种：_____ 续保期限至____年____月____日																																										
15 保险金额变更	减少保险金额原因：☐经济原因 ☐家庭原因 ☐医疗原因 ☐其他_____ ☐增加 ☐减少 第____被保险人 险 保额由：_____元 变更为：_____元																																										

投保人签名： 联系电话：	被保险人或其法定监护人签名： 联系电话：	其他人签名： 联系电话：	代办人签名： 联系电话：
投保人签字	成年人时：被保险人签字		