

保险合同变更申请书（税优专用）

温馨提示：为保障您的权益，请在仔细阅读本申请书背面的客户须知后，用黑色钢笔或签字笔在变更项目前的口内打√，并用正楷填写相关变更内容。

单位申请：

_____（单位名称）团体客户编号_____ 兹就保险合同向建信人寿保险股份有限公司提出变更，内容如下：

□单位信息变更	单位名称：	行业类别：				
	单位地址：	邮政编码				
	单位性质： <input type="checkbox"/> 国有 <input type="checkbox"/> 集体 <input type="checkbox"/> 企业单位 <input type="checkbox"/> 混合所有制 <input type="checkbox"/> 党政机关 <input type="checkbox"/> 事业单位 <input type="checkbox"/> 社会团体 <input type="checkbox"/> 外资 <input type="checkbox"/> 其它：					
	组织机构代码：	单位法人代表：		单位电话号码：		
	在职员工总人数：	单位授权经办人：		经办人手机号码：		
	开户名：		开户银行名称：			
	开户银行账号：		开户地：_____省_____市			
	注：单位信息变更只供单位经办人申请。					

工作单位签章：_____ 单位经办人签名：_____ 申请日期：_____

投保人_____ 兹就编号_____ 的保险合同向建信人寿保险股份有限公司提出变更，内容如下：

□地址变更 □通讯地址	地址：_____省（直辖市）_____市_____区（县）		邮政编码				
	电话：	手机：	E-mail 地址：				
□账号变更	授权账户所有人：_____（仅限投保人） 开户地：_____省_____市						
	开户银行名称：_____ 开户银行账号：_____ <p>自动转账授权：</p> 1. 账户所有人确认上述授权账户是其本人真实有效的人民币个人结算账户； 2. 账户所有人同意，以此授权账户作为投保人交纳各期保险费和接受保全变更补退费、解约退费、终止退费及红利给付之用； 3. 如上述授权账户同时被授权以自动转账方式交付两份以上（含两份）保险合同的保险费，账户所有人同意依照贵公司规定的顺序转账； 4. 账户所有人同意保费将在公司核保通过后进行扣款，续期保费在当期保费交费日的当日进行扣款。						
□客户资料变更	如您申请客户资料变更，我公司将一并变更您作为投保人或被保险人的其他保单。						
	姓名：		性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期：_____年_____月_____日			
	证件类型： <input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 其他：_____			国籍：			
	证件号码：					证件有效期至：_____	
□保单状态变更	□复效						



HPOS101

<input type="checkbox"/> 保单内部转移	新工作单位名称:					
	新工作单位签章:					
<input type="checkbox"/> 被保险人状态变更	<input type="checkbox"/> 未参加基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 已参加补充医疗保险 <input type="checkbox"/> 未参加补充医疗保险					
<input type="checkbox"/> 被保险人职业变更	职业:	职业代码				
	工作内容及场所详述:					
<input type="checkbox"/> 被保险人增补告知	补充告知事项: _____					
<input type="checkbox"/> 签名变更 (投/被保险人)	如您申请签名变更, 请本人抄录“本人已阅读上述保险合同的条款、产品说明书和投保提示书, 并对合同项下各项声明及陈述均确认无误”, 并签名确认。 _____					
<input type="checkbox"/> 保险费交付方式变更	<input type="checkbox"/> 年交			<input type="checkbox"/> 月交		
<input type="checkbox"/> 争议处理方式变更	<input type="checkbox"/> 诉讼 <input type="checkbox"/> 提交_____仲裁委员会仲裁(仲裁机构未填或填写不明确的, 仲裁条款无效)					
保单遗失 <input type="checkbox"/> 补发保单 <input type="checkbox"/> 因申请解约而无需补发	本人所持的保险合同编号为: _____ <input type="checkbox"/> 保险合同/ <input type="checkbox"/> 保险合同发票联, 因本人疏忽不慎遗失, 兹向贵公司声明上述资料自此作废。关于以上资料的遗失和作废, 本人已通知受益人等相关权利人。					
<input type="checkbox"/> 其他变更						
投/被保险人声明: 本人已仔细阅读并同意本申请书的客户须知, 同意以上变更以贵公司相应出具的批单上的生效日为准。 投/被保险人签名: _____ 申请日期: _____						
申请办理类型: <input type="checkbox"/> 申请人本人至保险公司柜面办理 <input type="checkbox"/> 保险营销服务人员协助递交 <input type="checkbox"/> 其他: _____ 保险营销服务人员声明: 本变更申请书是在本人协助下由投/被保险人亲自签名的; 本人已亲见投/被保险人, 并与其身份证件原件核对无误。 营销服务人员签名: _____ 营销服务人员编号: _____ 所属单位: _____						
机构客服备注栏: <div style="text-align: right;">受理人员签章: _____</div>						

客户须知:

1. 申请书填写必须整洁、清晰, 不可涂改。若发生涂改, 本次申请无效;
2. 申请书中的变更申请日期与送达我公司的日期之间间隔不得超过 2 个工作日, 如果逾期该次变更申请将不予受理;