



长生人寿保险有限公司

保险合同内容变更申请书

收件盖章

办业务、查保单、交保费！
请关注长生人寿微信服务号轻松搞定！



保险合同号码： 018****

投保人声明：本人申请以下勾选的变更事项，并认同本申请书上与所申请事项相关的内容，同时知晓申请事项须经贵公司同意批准后方可生效。本人确认本申请书及所附文件对贵公司之各项声明、陈述完全属实无误，并成为贵公司批准生效之依据。如上述资料有不实之处并影响贵公司决定是否变更生效，则任何根据此申请书所批准的保险合同变更无效。

(请您用黑色水笔填写以下内容，并在相应□内打勾)

<p>01 <input type="checkbox"/> 变更投保人通讯方式 (变更后的新地址将作为投保人名下所有保单的默认联系地址)</p>	<p><input type="checkbox"/> 通讯地址：_____ 省/直辖市_____ 市_____ 区/县 _____ 邮编：_____</p> <p><input type="checkbox"/> 住宅电话：区号_____ 电话：_____ 移动电话：_____</p> <p><input type="checkbox"/> 电子邮箱：_____ (勾选此项后，即默认您选择通过此邮件地址接收所有续期通知类信函)</p>																		
<p>02 <input type="checkbox"/> 变更投保人 注： 1) 请同时填写“第18项 税收居民身份声明”。 2) 请同时提供《银行自动转账授权书》，提供新投保人的银行转账授权账号。 3) 若附加有投保人豁免险种，变更新投保人时需同时申请“解除附加合同”。若仍需继续购买该附加合同，请在保单宽限期内申请“新增附加合同”。</p>	<p>新投保人姓名：_____ 出生日期：_____年__月__日 性别：<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 身份证件号码：_____ 证件有效期：_____年__月__日 与被保险人关系：_____</p> <p>新投保人通讯住址：_____ 省/直辖市_____ 市_____ 区/县 邮编：_____ 住宅电话：(区号)_____ 电话_____ 移动电话：_____</p> <p>电子邮箱：_____ (勾选此项后，即默认您选择通过此邮件地址接收所有续期通知类信函)</p> <p>新投保人职业：_____ 职业代码：_____ 具体工作：_____</p> <p>平均年收入：人民币_____元</p> <p>新投保人声明：本人知晓此项变更自贵公司同意之日起所享有的相关权利并愿意履行相关义务。 原投保人声明：本人自此项变更自贵公司同意之日起，放弃本保险合同下与投保人相关的权利。</p> <p>新投保人签署：_____ 原投保人签署：_____</p>																		
<p>03 <input type="checkbox"/> 变更身故受益人</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>受益人姓名</th> <th>与被保险人关系</th> <th>性别</th> <th>身份证件号码</th> <th>证件有效期</th> <th>受益比例</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	受益人姓名	与被保险人关系	性别	身份证件号码	证件有效期	受益比例												
受益人姓名	与被保险人关系	性别	身份证件号码	证件有效期	受益比例														
<p>04 <input type="checkbox"/> 更正客户信息 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 受益人</p>	<p><input type="checkbox"/> 姓名：_____ <input type="checkbox"/> 出生日期：_____年__月__日 <input type="checkbox"/> 性别：<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 身份证件号码：_____ <input type="checkbox"/> 证件有效期：_____年__月__日</p> <p>请同时填写“第18项 税收居民身份声明”。 若更正被保险人/投保人姓名，请同时填写“第07项 变更签名”。</p>																		
<p>05 <input type="checkbox"/> 变更职业 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人</p>	<p>现单位名称：_____ 单位主营业务：_____</p> <p>职业：_____ 职业代码：_____ 具体工作：_____</p>																		
<p>06 <input checked="" type="checkbox"/> 变更健康资料</p>	<p>变更对象：<input checked="" type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 投保人 请同时递交《健康声明书》</p>																		
<p>07 <input type="checkbox"/> 变更签名 变更签名原因(此项必须勾选)： <input type="checkbox"/> 签名样式变化 <input type="checkbox"/> 代签名 请同时递交《变更签名声明书》</p>	<p>本人在此郑重声明：本人承认贵公司签发的该保险合同、该保险合同批注及以往涉及该保险合同的一切签署文件有效。今后凡涉及上述保险合同的一切签名，均以此变更的签名样式为准。由此引发的一切责任均由本人承担，与贵公司无关。</p> <p><input type="checkbox"/> 投保人新签名样本：_____ <input type="checkbox"/> 原签名样本：_____ (签名样式变化时须提供)</p> <p><input type="checkbox"/> 被保险人新签名样本：_____ <input type="checkbox"/> 原签名样本：_____ (签名样式变化时须提供)</p>																		

08 <input type="checkbox"/> 变更主合同/附加合同保险金额 选择“增加”时，请同时递交《健康声明书》	<input type="checkbox"/> 增加 <input type="checkbox"/> 降低 主合同名称 _____ 变更后保额 _____ 元				
	附加合同名称		变更后保额 (元)		
	<input type="checkbox"/> 增加 <input type="checkbox"/> 降低				
	<input type="checkbox"/> 增加 <input type="checkbox"/> 降低				
	<input type="checkbox"/> 增加 <input type="checkbox"/> 降低				
09 <input type="checkbox"/> 新增/解除附加合同 选择“新增”时，请同时递交《健康声明书》	附加合同名称		保额 (元)	保险期间 (年)	交费期间 (年)
	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 解除				
	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 解除				
	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 解除				
10 <input type="checkbox"/> 终止附加合同续保 仅限一年期附加合同	附加合同名称 _____		附加合同名称 _____		
	附加合同名称 _____		附加合同名称 _____		
11 <input type="checkbox"/> 复效	一年期附加合同不能恢复效力。 请同时填写《健康声明书》				
12 <input type="checkbox"/> 减额交清	减额交清后的所有附加合同效力自动终止。				
13 <input type="checkbox"/> 新增/取消自动垫交	<input type="checkbox"/> 新增自动垫交		<input type="checkbox"/> 取消自动垫交		
14 <input type="checkbox"/> 变更红利/生存金 领取方式	<input type="checkbox"/> 现金领取		<input type="checkbox"/> 累积生息		
15 <input type="checkbox"/> 补发保单	1. 保险合同一切权利义务皆以补发保单为准。原保单自动作废。 2. 请同时递交工本费10元。 <input type="checkbox"/> 转账 <input type="checkbox"/> 现金				
16 <input type="checkbox"/> 取消银行转账授权	<input type="checkbox"/> 取消《保险费自动转账付款授权》		<input type="checkbox"/> 取消《保险款项给付自动转账授权》		
17 <input type="checkbox"/> 其他					
18 <input type="checkbox"/> 税收居民身份声明 申请“第02项 变更投保人”、 “第04项 更正客户信息”时 必须填写。	<p>本人声明为：若选择2、3项，须同时递交《个人税收居民身份声明文件（保全）》</p> <p><input type="checkbox"/>1. 仅为中国税收居民</p> <p><input type="checkbox"/>2. 仅为非居民 <input type="checkbox"/>3. 既是中国税收居民又是其他国家（地区）税收居民</p> <p>本人确认上述信息的真实、准确和完整，且当这些信息发生变更时，将在30日内通知贵机构，否则本人承担由此造成的不利后果。</p> <p style="text-align: center;">声明人签署：_____ 签署日期：_____</p> <p>备注：1) 本表所称中国税收居民是指在中国境内有住所，或者无住所而在境内居住满一年的个人。在中国境内有住所是指因户籍、家庭、经济利益关系而在中国境内习惯性居住，在境内居住满一年，是指在一个纳税年度中在中国境内居住365日，临时离境的，不扣减日数，临时离境，是指在一个纳税年度中一次不超过30日或者多次累计不超过90日的离境。2) 本表所称非居民是指中国税收居民以外的个人。其他国家（地区）税收居民身份认定规则及纳税人识别号相关信息请参见国家税务总局网站 (http://www.chinatax.gov.cn/aeoi_index.html)。</p>				
	<p>变更费用收取方式：转账</p> <p>若已办理转账授权：授权人声明且同意贵公司从已授权交费账户中扣取因保险合同变更所产生的变更费用。</p> <p>若未办理授权或本次提供新的授权账号：请填写《银行自动转账授权书》办理转账授权。</p>				
变更后应退还费用（未勾选者，视为全额退还）： <input type="checkbox"/> 全额退还 <input type="checkbox"/> 抵缴续期保险费					
附资料： <input checked="" type="checkbox"/> 身份证件复印件 <input type="checkbox"/> 《银行自动转账授权书》 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input checked="" type="checkbox"/> 健康声明书（仅06项、08项中“增加保险金额”、09项中“新增附加合同”、11项需提供）					

为维护您的权益，请勿在空白申请书上签署盖章。签署前，请慎重核对填写的内容。

本次申请第 1 项变更申请，共 1 项。

(新)投保人签署： 长生 被保险人签署： 长生 申请日期： 2018 年 月 日

实际填写日期

营销员/经办人声明：本人证明已核实客户（被保险人/投保人/受益人）的有效身份证件或者其他身份证明文件，确认客户身份。

营销员签署/营销员代码： _____ 所属部门/代理机构： _____ 经办人签署： _____