



中荷人寿  
BOB-CARDIF LIFE

# 中荷人寿保险有限公司

## 保险合同变更申请书



PA011

保险合同编号:

投保人: \_\_\_\_\_ 被保险人: \_\_\_\_\_

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

<input type="checkbox"/> 电话地址变更 <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 常住地址(到门牌号): _____ 邮政编码: _____ 工作单位地址(到门牌号): _____ 移动电话: _____ 电子邮箱: _____ 住宅电话: ( ) - _____ 办公电话: ( ) - _____										
<input type="checkbox"/> 客户资料变更 <input type="checkbox"/> 投保人资料 <input type="checkbox"/> 被保险人资料	姓名: _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 国籍: _____ <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军人证 <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 提示: 如涉及受益人(资料)变更, 请同时申请变更。										
<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军人证 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 妻子 <input type="checkbox"/> 丈夫 <input type="checkbox"/> 儿子 <input type="checkbox"/> 女儿 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 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: _____										
<input type="checkbox"/> 受益人变更 <input type="checkbox"/> 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 _____ _____ _____										
<input type="checkbox"/> 缴费方式变更	<input type="checkbox"/> 年缴 <input type="checkbox"/> 半年缴 <input type="checkbox"/> 季缴 <input type="checkbox"/> 月缴 (仅限开办缴费方式变更的公司填写)										
<input type="checkbox"/> 缴费年期变更	险种名称 _____ 缴费年期由 _____ 变更为 _____										
<input type="checkbox"/> 保费逾期未付选择权	<input type="checkbox"/> 自动垫缴 <input type="checkbox"/> 中止										
<input type="checkbox"/> 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。										
<input type="checkbox"/> 职业变更	变更对象: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 请详述工作内容: _____ 职业代码: _____ 兼职代码: _____										
<input type="checkbox"/> 复效	本次复效险种选择: <input type="checkbox"/> 整单复效 <input type="checkbox"/> 仅复效主险 <input type="checkbox"/> 部分附加险与主险同时复效(不复效的长期附加险请同时申请解除) <input type="checkbox"/> 仅复效附加险 (仅限开办此项业务的险种办理) 本次复效的附加险险种名称及代码 _____										

请双面打印使用

<input type="checkbox"/> 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；		
<input type="checkbox"/> 缓缴期解除	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 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。		
<input type="checkbox"/> 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、 <input type="checkbox"/> 自行缴纳		
<input type="checkbox"/> 红利选择权变更	<input type="checkbox"/> 现金 <input type="checkbox"/> 抵交保费 <input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 交清增额		
<input type="checkbox"/> 累积红利领取	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 部分_____元（仅限开办此项业务的险种选择）		
<input type="checkbox"/> 文字批注	批注内容：_____		
<input type="checkbox"/> 保单补发	第_____次补发，原保单自补发之日起作废		
<input type="checkbox"/> 保单挂失或解除	<input type="checkbox"/> 保单挂失 <input type="checkbox"/> 保单挂失解除		
<input type="checkbox"/> 保单还款	<input type="checkbox"/> 全部本息 <input type="checkbox"/> 只还利息 <input type="checkbox"/> 全部利息和部分本金_____元		
<input type="checkbox"/> 加保★	险种名称及代码_____变更后的保额/计划别/保障/保费_____缴费年期_____		
<input type="checkbox"/> 新增附约★	_____		
<input type="checkbox"/> 计划保障变更	_____		
<input type="checkbox"/> 险种变更★ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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）		
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 公司名称：_____ <input type="checkbox"/> 寿险保额：_____ <input type="checkbox"/> 意外伤害保险保额：_____ <input type="checkbox"/> 重大疾病保险保额：_____ <input type="checkbox"/> 商业医疗保险险种/保额/档次/计划别：_____ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
<input type="checkbox"/> 减保 <input type="checkbox"/> 附约不续保 <input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> 补充告知	补充告知对象： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 补充告知内容（请同时填写健康声明书）：_____		
<input type="checkbox"/> 生存金领取方式变更	<input type="checkbox"/> 直接领取 <input type="checkbox"/> 累积生息（仅限开办此项业务的险种选择）		
<input type="checkbox"/> 年金领取频次变更	<input type="checkbox"/> 按月领取 <input type="checkbox"/> 按年领取		
<input type="checkbox"/> 领取信息变更	<input type="checkbox"/> 首期年金领取日：被保险人满_____周岁后的首个保单周年日 <input type="checkbox"/> 年金领取比例：_____%		
<input type="checkbox"/> 关联选择权取消			
<input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 续期缴费账户 <input type="checkbox"/> 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：_____
被保险人(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：_____