


保险合同变更申请书（客户信息变更类）

保险合同号		申请日期	年	月	日					
□授权同意：若您在前海人寿保险股份有限公司（以下简称“前海人寿”）留存的申请资格人基本信息与本次填写信息不一致，您同意授权前海人寿按照此次填写的相关内容进行修改。如您不同意授权修改，将会影响本次业务办理。										
申请资格人 基本信息	申请资格人 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 其他 _____		姓名 _____		性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
	国籍 _____	职业 _____	职业代码（公司填写） _____		联系方式 _____					
	证件类型 _____		证件号码 _____		_____					
	证件有效期 <input type="checkbox"/> 至____年__月__日 <input type="checkbox"/> 长期		联系地址 _____省/自治区____市____区/县_____							
申请类型	<input type="checkbox"/> 本人亲办 <input type="checkbox"/> 委托服务人员代办 <input type="checkbox"/> 委托他人代办 <input type="checkbox"/> 视频办理 <input type="checkbox"/> 其他 _____									
批单/函件/保单送达方式 <input type="checkbox"/> 自领 <input type="checkbox"/> 代理人转送 <input type="checkbox"/> 邮寄 <input type="checkbox"/> EMAIL _____										
一、变更项目和内容										
请选择客户资料或联系信息变更对象： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 身故受益人 <input type="checkbox"/> 变更对象姓名 _____ * 身份资料或年龄性别更正后证件信息有变，请同时填写证件信息										
客户 资料 变更	<input type="checkbox"/> 身份资料变更	姓名 _____	国籍 _____	户籍所在地 _____						
		婚姻状况 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离异	其他变更 _____							
		证件类型 <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 港澳台居民往来内地通行证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其他 _____								
		<input type="checkbox"/> 被保险人与投保人关系 _____		<input type="checkbox"/> 身故受益人与被保险人关系 _____						
	<input type="checkbox"/> 年龄性别变更★	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	证件号码 _____	_____						
	出生日期 _____	证件有效期至 _____年____月____日 <input type="checkbox"/> 长期								
<input type="checkbox"/> 职业变更★	新职业 _____		职业代码（公司填写） _____							
<input type="checkbox"/> 联系 信息 变更	手机 _____		EMAIL _____							
	住宅电话 _____	区号： _____ 电话： _____	办公电话 _____	区号： _____ 电话： _____						
	家庭地址 _____省____市____区/县_____		邮编 _____							
	通讯地址 _____省____市____区/县_____		邮编 _____							
<input type="checkbox"/> 投保人变更★ * 期交保单变更后请同时变更续期交费账号		被保险人是新投保人的 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 _____ * 请将新投保人的信息填在客户资料和联系信息变更区域内	变更原因 <input type="checkbox"/> 经济原因 <input type="checkbox"/> 原投保人身故 <input type="checkbox"/> 其他 _____							
<input type="checkbox"/> 续期交费信息变更★		* 具体账户信息填写本申请书第三项，户名须为投保人								
<input type="checkbox"/> 身故受益人变更 * 相同受益顺序的受益比例之和必须为 100%										
姓名	性别	出生日期	受益顺序	受益比例	是被保险人的	职业	联系电话	联系地址	证件相关信息	
					<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 _____				证件类型： 证件号码： 证件有效期至： 国籍：	
					<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 _____				证件类型： 证件号码： 证件有效期至： 国籍：	
<input type="checkbox"/> 签名变更 原签名： _____		变更对象： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 其他被保险人或监护人 _____ 变更原因： <input type="checkbox"/> 签名风格变化 <input type="checkbox"/> 补签名 补签名单证： <input type="checkbox"/> 投保书 <input type="checkbox"/> 其他 _____								
其他备注 _____										
二、申请人声明										
1. 本人申请办理 _____ 事项，确认申请书中的各项声明和陈述完全属实无误，并同意变更的生效日以前海人寿出具的批单上的生效日为准，本申请书构成保险合同的一部分。 2. 代办时请填写：本人同意授权委托 _____ 办理 _____ 事项，授权期间自 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日，由此产生的后果由本人自负。（代办人身份信息详见第五项）										
三、保险款项收付账号										
户名： _____		开户银行： _____ 银行 _____ 省 _____ 市 _____ 支行								
银行账号 _____										
四、申请人声明和签名：本人已阅读并同意客户信息使用授权声明条款和客户须知（详见本申请书背面）										
投保人/原投保人签名： _____		被保险人或其监护人签名： _____		其他被保险人或其监护人签名： _____		受益人或其监护人签名： _____		投保人变更后新投保人签名： _____		
五、代办人填写										
代办人签名： _____		证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他 _____		_____						
		联系电话： _____		如为业务人员代办，请填写业务人员代码： _____						

客户信息使用授权声明条款

本人授权前海人寿保险股份有限公司（以下简称“前海人寿”）将提供给前海人寿的信息，享受前海人寿服务而产生的信息以及前海人寿根据约定查询、收集的信息，用于前海人寿及其因服务必要委托的合作伙伴为本人提供服务、推荐产品、开展市场调查与信息数据分析，法律法规另有规定的除外。

本人授权前海人寿基于为本人提供更优质服务和产品的目的，向前海人寿因服务必要开展合作的伙伴提供、查询、收集本人的信息，法律法规另有规定的除外。

本声明条款自本单证签字之日起即产生独立的法律效力，不受保险合同成立与否及效力状态变化的影响。

温馨提示：请您在申请本次业务前务必阅读并理解本声明条款，若您选择申请办理本次业务即表示您认可并接受本条款内容。如您不同意本声明授权条款的部分或全部，可致电客服热线（400-889-6333）取消或变更授权。

申请书填写客户须知

1. 若您申请的变更项目中，存在部分或全部申请项目不符合法律规定或者保险合同的约定，该申请项目无效。
2. 您所申请的变更项目经前海人寿审核同意后生效，生效日期以批单所载日期为准。
3. 请保持申请书签名样式与留存于本公司的签名样式一致。为维护您的权益，请勿在空白申请书上签名。
4. 申请书中带有★的项目，代表可能涉及收/付费，请填写申请书第三项保险款项收付账号。

保险款项转账收付授权客户须知

1. 账户所有人须以其真实姓名开立结算账户，并自愿授权前海人寿使用指定银行结算账户（以下简称“授权账户”）用于保险款项转账收付；
2. 如果因授权人提供的授权账户错误、账户注销、账户余额不足或不符合前海人寿对授权账户的要求而导致转账不成功，前海人寿无须承担由此引起的责任；
3. 如您本次办理的保全业务涉及退费，申请人提供的账户为他人所有，前海人寿视同申请人可从该账户中取得该笔款项，由此引起的纠纷，由申请人自行承担；
4. 如您本次办理的保全业务涉及补费，则本次保全变更需扣款金额以批文中约定金额为准，前海人寿将在受理完成后十个工作日内从您的账户中划扣款项；
5. 前海人寿不对该授权账户的失窃或冒领承担责任。

投保人变更客户须知

1. 如原投保人死亡，还需提供原投保人的死亡证明，所有第一顺位合法继承人的授权委托书、有效身份证件及其与原投保人的关系证明，并提供所有继承人签名确认的同意其中一名继承人作为新投保人的书面声明。若继承人中存在已身故的，须提供身故证明，无法提供时由其他继承人共同声明，其他材料以保单具体情况而定；
2. 交费期未届满时申请变更投保人，请同时变更续期交费信息。