



0000000017002891



02

保险合同变更申请书(客户权益类)

保险合同号		申请日期	年 月 日
<p>□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。</p>			
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 _____
	国籍 _____	职业 _____	职业代码（公司填写） _____
	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			
<input type="checkbox"/> 年金/生存金领取★	领取金额（小写）：_____元		
<input type="checkbox"/> 满期生存金领取★	<input type="checkbox"/> 全部领取		
<input type="checkbox"/> 生存金领取方式变更★	本次申请的生存金受益人姓名为_____在以下选项中选择还未生成的生存金的领取方式： <input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 进入万能险账户 <input type="checkbox"/> 银行转账 <input type="checkbox"/> 其他 _____ *如选择银行转账，请在“保险款项收付账号”处填写详细账户信息，户名须为生存受益人或作为保单投保人的监护人(特殊情况除外)。		
<input type="checkbox"/> 红利领取★	<input type="checkbox"/> 全部领取 <input type="checkbox"/> 部分领取金额（小写）：_____元		
<input type="checkbox"/> 红利领取方式变更	<input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 转账领取 <input type="checkbox"/> 抵交保费 <input type="checkbox"/> 交清增额 *请填写健康财务告知书 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
<input type="checkbox"/> 自垫选择权变更	<input type="checkbox"/> 同意保险费自动垫交 <input type="checkbox"/> 取消保险费自动垫交		
<input type="checkbox"/> 部分领取（万能险）★	领取金额（小写）：_____元		
<input type="checkbox"/> 收付方式变更★	原收付款失败业务申请号：_____ 转账失败原因：_____		
<input type="checkbox"/> 保单补发★	原因： <input type="checkbox"/> 公司内部原因 <input type="checkbox"/> 保单遗失补发 <input type="checkbox"/> 换发 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 补发纸质保单 <input type="checkbox"/> 补发电子保单		
<input type="checkbox"/> 保单挂失/挂失解除	<input type="checkbox"/> 保单挂失 原因： <input type="checkbox"/> 公司内部原因 <input type="checkbox"/> 保单遗失 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 保单挂失解除		
<input type="checkbox"/> 保单冻结/解冻	<input type="checkbox"/> 保单冻结 原因：_____ <input type="checkbox"/> 保单解冻		
<input type="checkbox"/> 续期保费回退★	金额（小写）：_____元 原因：_____		
<input type="checkbox"/> 保单质押贷款/保单质押贷款解冻	<input type="checkbox"/> 保单质押贷款 <input type="checkbox"/> 保单质押贷款解冻		
<input type="checkbox"/> 信函送达方式变更	<input type="checkbox"/> 纸质送达 <input type="checkbox"/> 电子信函		
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：
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：_____			

公司受理人员签名：_____

受理日期：_____年____月____日

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（956099/400-889-6333）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，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。

保单补发客户须知

非公司内部原因补发上述合同号的保险合同文本一份，收取工本费10元，原保险合同文本作废。