



0 0 0 0 0 0 0 0 1 6 0 0 3 8 9 0



03

## 保险合同变更申请书（合同内容变更类）

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。

<b>申请资格人 基本信息</b>	<input type="checkbox"/> 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□至____年____月____日		□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

保全项目	<input type="checkbox"/> 犹豫期内减保★ <input type="checkbox"/> 减保★ <input type="checkbox"/> 加保★ <input type="checkbox"/> 终止附约 <input type="checkbox"/> 复效★							
请选择需要变更的险种：	<input type="checkbox"/> 所有险种 <input type="checkbox"/> 部分险种（请列明险种明细）							
险种名称	险种代码	交费期限	份数	档次	保费	保额	保障期限	
<input type="checkbox"/> 新增附加险★ <small>(请阅读右侧内容并签字确认)</small>		“业务类型”含义：①保险期间/保证续保期间届满新增 ②停售新增 ③全新新增。 “新增险种收费模式”含义：①下一保单年度随主险收费（业务类型包含①②时仅可勾选此项）②当前保单年度单独收费。 <b>本人已知悉一年期附加险在保险期间/保证续保期间届满，若要继续享有产品提供的保障，需要在保险期间/保证续保期间届满前重新向前海人寿申请投保（办理新增附加险业务），经前海人寿审核同意并收取保险费后，获得的新合同自原附加险合同期满次日零时起生效。</b> 投保人签名：_____						
		业务类型 <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ 新增险种收费模式 <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ②						
险种名称	险种代码	交费期限	份数	保费	保额	保障期限	业务类型	新增险种收费模式
							<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ②
							<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ②
□期交保险费变更（万能险）★	基本保险费 _____ 元 额外保险费 _____ 元							
□追加保费（万能险）★	金额（小写）：_____ 元							
□交费频率变更★	<input type="checkbox"/> 月交 <input type="checkbox"/> 季交 <input type="checkbox"/> 半年交 <input type="checkbox"/> 年交							
□交费年期变更★	交费年期变更为：_____ 年							
□补充告知★	告知对象： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人							
□减额交清	填写本栏视为您已详细阅读并同意申请书背面的“减额交清客户须知”内容。							
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. 办代时请填写：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：_____							

## 客户声明条款

1. 新增附加险客户声明：本人已认真阅读条款、人身保险投保提示书内容并完全理解保险责任、责任免除、犹豫期、合同生效、合同解除、未成年人身故保险金额、保险事故通知等保险条款的各项内容。本人知晓除由前海人寿保险股份有限公司（以下简称“前海人寿”）经正式程序修改或批注的内容外，前海人寿无需对任何人（包括代理人）此前的任何口头及书面陈述、报告负责。

2. 本人授权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。

## 补充告知客户须知

1. 前海人寿有权对告知对象的所有保单进行重新审核。

2. 请您配合在接到前海人寿通知后的15日内完成相关的体检、补充资料、填写问卷等调查工作和确认新的核保决定。如果逾期未配合完成调查工作，或未确认核保决定，或确认核保决定后未及时办理补费手续，前海人寿将视为您未如实告知，您仍需要承担相应的法律后果。

## 减额交清客户须知

1. 主合同办理减额交清的，附加险须根据条款同时办理减额交清，附加险不能或者不申请办理减额交清的，应做退保处理。

2. 减额交清后的保额精确到元，以份数为单位的险种，减额交清后取整数份，剩余现金价值将退还投保人，不足1份的不受理减额交清。

3. 保单办理减额交清后，保额相应减少，前海人寿按减少后的保额承担相应的保险责任。

4. 办理减额交清后申请退保，将按减额交清后的现金价值表标准给付。

## 新增附加险客户须知

1. 办理新增附加险时若提供的相关各项声明、健康财务信息与其他告知内容以及业务有关的问卷、体检报告书及对体检医生的各项陈述等情况不属实的，前海人寿有权依法解除合同，并对合同解除前已经发生的保险事故不承担保险责任。

2. 新增险种若采取“下一保单年度随主险收费”模式，待保费收取成功后自下一保单年度第一天起生效；若采取“当前保单年度单独收费”模式，待保费收取成功后自保全申请日起生效（豁免险为长期险，不可选择该模式）。险种犹豫期起算日均从收费成功次日起计算。