

单证代码: 1759



中国平安人寿保险股份有限公司 PING AN LIFE INSURANCE COMPANY OF CHINA, LTD.

保险合同变更申请书 (核保及补退费类)

保单号码 投保人 申请日期 年 月 日

- 一、填写说明: 1. 请仔细阅读申请书背面的客户须知及声明, 然后用黑色钢笔或黑色签字笔在变更项目前的□内打√, 并正楷填写变更内容;
 2. “变更对象(被保险人)”的序号含义: 1本人 2配偶 3子女 4其他被保险人, 选择4请在横线上填写其他被保险人姓名;
 3. 变更项目为201、202、205、207、208的, 请同时填写健康及财务告知。

二、变更项目和内容:

201 <input type="checkbox"/> 复效 (已经停止销售的一年期附加险不能复效)	请选择复效险种: 1□整单复效 2□仅复效主险 3□主险与部分附加险同时复效 4□仅复效附加险 如果您选择3或者4, 请填写需要复效的附加险信息: (存在有效万能主险才可选择4)			
	附加险的险种简称及代码	变更对象(被保险人)	附加险的险种简称及代码	变更对象(被保险人)
		1□ 2□ 3□ 4□		1□ 2□ 3□ 4□
		1□ 2□ 3□ 4□		1□ 2□ 3□ 4□
202 <input type="checkbox"/> 加保 203 <input type="checkbox"/> 减保 204 <input type="checkbox"/> 档次保障 变更	险种简称及代码	变更对象(被保险人)	变更后的保额/份数	变更后的档次 “可选保障” 选择
		1□ 2□ 3□ 4□		1□增加 2□取消
		1□ 2□ 3□ 4□		1□增加 2□取消
		1□ 2□ 3□ 4□		1□增加 2□取消
	如果您选择增加档次或增加可选保障, 须同时填写健康及财务告知。			
205 <input type="checkbox"/> 新增附险 206 <input type="checkbox"/> 终止附险 (终止附险只需填写险种名称及代码、变更对象)	险种简称及代码	变更对象(被保险人)	保额/份数	档次 交费年期 保险期限 “可选保障” 选择 是否自动续保
		1□ 2□ 3□ 4□		1□是 2□否 1□是 2□否
		1□ 2□ 3□ 4□		1□是 2□否 1□是 2□否
		1□ 2□ 3□ 4□		1□是 2□否 1□是 2□否
	如果您申请新增附险, 请确认生效日是否为下一个应交日: 1□是 2□否。(万能重疾提前给付产品除外)			
207 <input type="checkbox"/> 职业变更	变更对象: 1□投保人 2□被保险人 3□其他被保险人		变更后的职业:	职业代码:
208 <input type="checkbox"/> 补充告知	告知对象: 1□投保人 2□被保险人 3□其他被保险人		告知事项起点时间:	年 月 日
	告知原因: 1□投保时未如实告知 2□保全项目中未如实告知 3□健康状况改善 4□变更或取消特别约定			
209 <input type="checkbox"/> 追加保费	金额(小写): 元			
210 <input type="checkbox"/> 万能增加 合同保费	增加保险费后, 如果保单的保险金额低于条款约定的最低保险金额, 须同时填写健康及财务告知。			
211 <input type="checkbox"/> 保单还款	金额(小写): 元			

三、保险款项收付方式:

<input type="checkbox"/> 转账方式	1□续期交费账户
	2□其他账户
	开户银行: <input type="text"/> 代码(由公司填写): <input type="text"/> 钞汇类型(外币险种填写): 1□现钞 2□现汇
	账户所有人姓名: <input type="text"/> 结算账号: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 柜面收付方式	

四、批单/函件送达方式: 1□邮寄 2□自领

五、申请类型: 1□本人申请 2□委托服务人员代办 3□委托他人代办

六、申请人声明和签名: 1、本人已经仔细阅读并同意客户须知; 2、新增附险客户声明: 本人已认真阅读和理解新增险种条款, 对条款内容特别是责任免除条款、合同解除条款均作了解并同意遵守。其它任何与本申请书各事项及保险条款不相符的解释、说明或书面承诺均无效; 3、客户信息使用声明: 本人所提供的全部个人资料, 仅限于平安集团(指中国平安保险(集团)股份有限公司及其直接或间接控股的公司)及其认为业务必要而委托的第三方为本人提供高质量的客户服务及推荐产品之用。平安集团及必要第三方对本人的个人信息负有保密义务。

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:

七、代办人/协办人填写: 业务代码: 代办人电话: 区号 电话
签名: 证件类型: 证件号码:

八、公司受理人员填写: 签名: 受理日期: 年 月 日备注:

申请书填写客户须知

- 1、您所申请的变更项目，经中国平安人寿保险股份有限公司（以下简称本公司）审核同意后生效，生效日期以批单所载日期为准。
- 2、请保持申请书签名与留存于本公司的签名样本一致。为维护您的权益，请勿在空白申请书上签名。
- 3、如果您申请职业变更、补充告知，请仔细阅读下面的客户须知。
- 4、如果您选择保险款项收付方式为转账，请仔细阅读保险款项转账收付授权客户须知。

职业变更客户须知

- 1、本公司有权对变更对象的所有相关保单进行重新审核。
- 2、请您配合在接到本公司通知后的15日内完成相关的补充资料、填写问卷等调查工作和确认新核保决定。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，本公司将按以下办法处理：
 - 1) 需要补缴费用的，如果在本保单年度剩余期间内出险，理赔金按实交保险费与应交保险费的比例给付，下期应交保费调整为变更后的保费。
 - 2) 如果被保险人变更后的职业或工种在拒保范围内，保险责任自被保险人职业变更之日起终止，本公司退还未满期净保费。

补充告知客户须知

- 1、本公司有权对告知对象的所有相关保单进行重新审核。
- 2、请您配合在接到本公司通知后的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，本公司将视为您未如实告知，您仍需要承担相应的法律后果。

保险款项转账收付授权客户须知

- 1、账户所有人须以本人真实姓名开立结算账户，并自愿授权本公司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、账户余额不足或者不符合本公司对授权账户的要求而导致转账不成功，本公司无须承担由此引起的责任。
- 3、申请事项需要补费的，如果申请人提供的账户为他人所有，并且该账户不是续期交费账户，则应同时提交账户所有人签署的《账户使用授权书》，因申请人提供虚假的《账户使用授权书》而引起的纠纷，由申请人自行承担。
- 4、申请事项存在退费的，如果申请人提供的账户为他人所有，本公司视同申请人可以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。
- 5、本公司不对该授权账户的失窃或冒领承担责任。