



保险合同内容变更申请书 (普通类)

客户亲办

委托代办

邮寄

传真(DM渠道使用)

保险合同编号

为了维护您的权益，请勿在未经您填写的空白申请书上签名。签名前请再次核对您填写的内容。所有保险责任以合同所载为准，除由本公司经正式程序更改或批注之内容外，其他任何人的口头及书面陈述、报告或合约，本公司无需负责。

*标注的变更项目，请同时提供合同正本

编号:POS/F0001

<input type="checkbox"/> A01 更改健康资料	变更对象	<input type="radio"/> a 主被保险人 <input type="radio"/> b 次被保险人 <input type="radio"/> c 投保人 请同时填写《健康与告知声明书》及提供相关病历或检验报告			
	变更内容	<input type="radio"/> 健康资料 <input type="radio"/> 取消不承保事项			
<input type="checkbox"/> A02 复效	请同时填写《健康与告知声明书》				
<input type="checkbox"/> *A03 变更主合同交费期限 保险期间(犹豫期内) <input type="checkbox"/> A06 降低主合同基本 保险金额/投保份数 <input type="checkbox"/> *A07 增加主合同基本 保险金额/投保份数	变更前	基本保险金额/投保份数	基本保险金额/投保份数		
		交费期限	交费期限		
		保险期间	保险期间		
<input type="checkbox"/> A04 取消附加合同 <input type="checkbox"/> A05 新增附加合同 <input type="checkbox"/> A10 降低附加合同基本 保险金额/投保份数 <input type="checkbox"/> A11 增加附加合同基本 保险金额/投保份数 勾选变更代码A03、A07、A05、 A11，请同时填写《健康与告知声明书》	附加合同名称		变更后基本保险金额/ 投保份数	交费期限	保险期间
<input type="checkbox"/> A08 变更保险费交费周期	<input type="radio"/> 年交 <input type="radio"/> 半年交 <input type="radio"/> 季交 <input type="radio"/> 月交				
<input type="checkbox"/> A09 更改职业/类别 请提供职业变更有效证明	<input type="radio"/> a 主被保险人	现职务内容	就职日期	职业代码	
	<input type="radio"/> b 次被保险人	现服务单位名称	地址		
<input type="checkbox"/> B00更正主被保险人资料 <input type="checkbox"/> B01更正投保人资料 <input type="checkbox"/> B02更正受益人资料 <input type="checkbox"/> B12更正次被保险人资料 请提供更正者户口簿或有效证件复印件	<input type="radio"/> a 姓名	姓名		性 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	出生日期 年 月 日
		<input type="radio"/> b 性别	证件类型	有效期	年 月 日 号码
	<input type="radio"/> c 出生年月		国籍	其他内容	
	<input type="radio"/> d 证件号码				
<input type="radio"/> e 其他					

保险合同内容变更申请书2.7版本(201506)



<input type="checkbox"/> B03 变更投保人 请同时填写 《健康与告知声明书》	新投保人声明：本人已理解保险公司明确说明的免除保险人责任相关条款，并同意原投保单及其他保险单证（含告知声明部分）的内容与效力。本人自此项变更生效日起，享有本保险合同下与投保人相关的权利，并愿意履行相关义务。 原投保人声明：本人自此项变更生效日起，放弃本保险合同下与投保人相关的权利。 姓名 _____ 性别 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 与被保险人的关系 _____ 新投保人签名样本																														
<input type="checkbox"/> *B04 变更签名 <input type="radio"/> a 投保人 <input type="radio"/> b 主被保险人 <input type="radio"/> c 次被保险人 请提供变更签名人的有效证件复印件	本人在此郑重声明： 本人认可变更签名前以本人名义签署的投保单及其他保险单证的内容和效力；今后凡涉及上述保险合同的一切签名，均按以下提供的签名样本为准。如因上述变更签名事项引起的任何纠纷包括诉讼及由此引起的一切责任和费用，概由本人负责解决和承担，与贵公司无涉。 签名样本变更为： <table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td>投保人</td> <td>主被保险人</td> <td>次被保险人</td> </tr> </table>	投保人	主被保险人	次被保险人																											
投保人	主被保险人	次被保险人																													
<input type="checkbox"/> B05 变更受益人 若新受益人为法定继承人以外人，则请递交受益人证件复印件。	<table border="1" style="width:100%;"> <tr> <td><input type="radio"/> 身故保险金受益人</td> <td><input type="radio"/> 身故后年金受益人</td> <td><input type="radio"/> 生存保险金受益人 (2009年10月1日后生效合同不接受变更)</td> </tr> <tr> <td>受益人姓名</td> <td>性别</td> <td>出生日期</td> <td>证件类型</td> <td>证件号码</td> <td>与被保险人关系</td> <td>顺序号</td> <td>受益份额</td> </tr> </table> <p>该保险合同所有受益人以此申请书所列为准。身故保险受益人可接受指定为多人，若身故保险金为多人未填写受益份额，则上述受益人按照相等份额享有受益权；生存金受益人仅接受一人受益。</p>	<input type="radio"/> 身故保险金受益人	<input type="radio"/> 身故后年金受益人	<input type="radio"/> 生存保险金受益人 (2009年10月1日后生效合同不接受变更)	受益人姓名	性别	出生日期	证件类型	证件号码	与被保险人关系	顺序号	受益份额																			
<input type="radio"/> 身故保险金受益人	<input type="radio"/> 身故后年金受益人	<input type="radio"/> 生存保险金受益人 (2009年10月1日后生效合同不接受变更)																													
受益人姓名	性别	出生日期	证件类型	证件号码	与被保险人关系	顺序号	受益份额																								
<input type="checkbox"/> B06 变更通讯地址 联系方式 主合同为短期意外险、健康险，若被保险人长期固定地址有变化，则请同时填写《居住地问卷》	<table border="1" style="width:100%;"> <tr> <td colspan="5">地址</td> <td>国家</td> <td>省</td> <td>市</td> <td>(县/区)</td> <td>邮政编码</td> </tr> <tr> <td>家庭电话</td> <td>国家</td> <td>区号</td> <td>电话号码</td> <td colspan="6">手机</td> </tr> <tr> <td>单位电话</td> <td>国家</td> <td>区号</td> <td>电话号码</td> <td colspan="6">电子邮件地址</td> </tr> </table> <p>您是否是美国护照持有人、美国绿卡持有人、美国居民或每年于美国居住达183日以上？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (若是，则请另行填写相关表格) 本公司按保险合同或保险合同批注所载的最后通讯地址所发送的通知均视为已送达投保人。</p>	地址					国家	省	市	(县/区)	邮政编码	家庭电话	国家	区号	电话号码	手机						单位电话	国家	区号	电话号码	电子邮件地址					
地址					国家	省	市	(县/区)	邮政编码																						
家庭电话	国家	区号	电话号码	手机																											
单位电话	国家	区号	电话号码	电子邮件地址																											
<input type="checkbox"/> B07 保险费过期未付选择 仅当保险合同明确约定该列选择时适用	<input type="radio"/> 自动垫交保险费 <input type="radio"/> 减额交清 <input type="radio"/> 中止合同 减额交清保险自_____年____月____日开始(仅限当前交费日)。若变更减额交清后的基本保险金额低于本公司当时规定的最低基本保险金额时，本合同效力中止。减额交清生效后，不再分配红利。若附加合同非主合同不可分解的附加合同，且未交清全部保险费，则减额交清后附加合同终止。																														
生存金泛指以被保险人生存状态为给付条件的保险金，包括(但不限于)：生存保险金，年金，养老金，教育金，祝寿金，储备金等，具体所指代的保险金以保险合同条款约定为准。																															
<input type="checkbox"/> B08 变更生存金领取方式	<input type="radio"/> 累积生息 <input type="radio"/> 现金领取 <input type="radio"/> 抵交保险费 <input type="radio"/> 现金领取转万能险投保人与被保险人非同一人，请填写《万能险专属补充告知声明书》																														
<input type="checkbox"/> B09 变更保单红利领取方式	<input type="radio"/> 累积生息 <input type="radio"/> 现金领取 <input type="radio"/> 抵交保险费 <input type="radio"/> 现金领取转万能险																														
<input type="checkbox"/> B10 补发保险合同	补发保险合同包括保险条款、保险单、所附的投保单、批注等，复印件或电子影印件与正本具有同等效力																														
<input type="checkbox"/> B11 中止保险费自动转账	中止原因 _____ (须注明原因)																														
<input type="checkbox"/> B13 自动申请续保选择 仅适用于一年期的保险产品	<input type="radio"/> 撤销自动续保 <input type="radio"/> 选择每年自动续保 <input type="radio"/> 使用原账号扣款 <input type="radio"/> 使用新账号扣款 使用新账号扣款请同时填写银行转账授权书																														
<input type="checkbox"/> D00 其他(请详述)																															

本变更涉及保险款项退费选择： 全额退还 留存公司用于支付下期保险费(不享有利息)

若委托他人递交申请，请填写以下内容：

本人委托 _____ 证件号码 _____ 代为办理合同内容变更事项。

由此产生的后果由委托人承担，与贵公司无涉，并保证豁免同方全球人寿保险有限公司因上述行为引起的任何责任。

代办人与委托人关系 寿险规划师/理财顾问/经代公司内勤/业务员/保全服务人员 亲属 朋友 _____

投保人签名 _____ 被保险人或其监护人签名 _____ 申请日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

须本人亲笔签名，且与留存于本公司签名样本一致

代办人签名 _____ 银行、机构保全、经代公司营管处名称、寿险规划师代码 _____ 初审人员签名 _____