



\*PS002\*

# 瑞泰人寿保险有限公司

## 瑞泰投资连结保险变更申请表 (B款)

### 填写须知

- \* 申请表应由投保人用黑色或蓝黑色签字笔亲笔填写；
- \* 请在需变更项目前的中划“√”；
- \* 签名处须由投保人或被保险人/法定监护人亲笔签名；
- \* 办理人若非投保人本人，需提供委托授权书及办理人身份证件。

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 投保人/身故保险金受益人个人信息变更 (请填写第1、2、18部分) | <input type="checkbox"/> 被保险人个人信息变更 (请填写第1、2、18、19部分)  |
| <input type="checkbox"/> 投保人变更 (请填写第1、3、4、18、19部分)         | <input type="checkbox"/> 银行账户变更 (请填写第1、4、18部分)         |
| <input type="checkbox"/> 身故保险金受益人变更 (请填写第1、5、18、19部分)      | <input type="checkbox"/> 保险费变更 (请填写第1、6、18部分)          |
| <input type="checkbox"/> 定期自动转移 (请填写第1、7、18部分)             | <input type="checkbox"/> 保额变更 (请填写第1、8、18、19部分)        |
| <input type="checkbox"/> 补发保单 (请填写第1、9、18部分)               | <input type="checkbox"/> 交纳追加保险费 (请填写第1、10、18部分)       |
| <input type="checkbox"/> 投资账户资产转移 (请填写第1、11、18部分)          | <input type="checkbox"/> 投资账户资金分配 (请填写第1、12、18部分)      |
| <input type="checkbox"/> 部分支取 (请填写第1、13、18部分)              | <input type="checkbox"/> 退保 (请填写第1、14、18部分)            |
| <input type="checkbox"/> 授权 (请填写第1、15、18部分)                | <input type="checkbox"/> 补充被保险人健康告知 (请填写第1、17、18、19部分) |
| <input type="checkbox"/> 合同效力维持 (请填写第1、16、18部分)            |  |

请在填写下表前仔细阅读并理解保险合同的有关约定，并亲自签署本申请表。

为了保证您投资账户价值计算的准确性，交纳追加保险费、投资账户间的资产转移，部分支取以及退保等申请，不能在同一日提出，两次申请的时间间隔均应不少于3个资产评估日(含申请当日)。如果您在填写下表时有任何疑问，请拨打客户服务专线4008109339，或者咨询您的销售人员。

### 1 客户信息

保险单号	<input type="text"/>	投保人姓名	<input type="text"/>
证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 台湾居民来往大陆通行证或台胞证 <input type="checkbox"/> 港澳居民来内地通行证或港澳同胞回乡证	证件号码	<input type="text"/>

### 请填写以下需要变更的部分

### 2 个人信息变更

<input type="checkbox"/> 投保人	<input type="checkbox"/> 被保险人	<input type="checkbox"/> 身故保险金受益人					
姓名	<input type="text"/>	国籍	<input type="text"/>	出生日期	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 台湾居民来往大陆通行证或台胞证 <input type="checkbox"/> 港澳居民来内地通行证或港澳同胞回乡证						
证件号码	<input type="text"/>	证件有效期截止日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日				
婚姻状况	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 单身	职业	<input type="text"/>				
联系电话 (09:00-18:00)	<input type="text"/>	手机号码	<input type="text"/>				
联系电话 (18:00-21:00)	<input type="text"/>	电子邮件	<input type="text"/>				
工作单位	<input type="text"/>						
通讯地址	<input type="text"/>						
邮政编码	<input type="text"/>	其他需要变更的内容	<input type="text"/>				

### 3 投保人变更

姓名	<input type="text"/>	国籍	<input type="text"/>	出生日期	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 台湾居民来往大陆通行证或台胞证 <input type="checkbox"/> 港澳居民来内地通行证或港澳同胞回乡证						
证件号码	<input type="text"/>	证件有效期截止日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日				
婚姻状况	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 单身	职业	<input type="text"/>	与被保险人关系	<input type="text"/>		
联系电话 (09:00-18:00)	<input type="text"/>	手机号码	<input type="text"/>				
联系电话 (18:00-21:00)	<input type="text"/>	电子邮件	<input type="text"/>				
工作单位	<input type="text"/>						
通讯地址	<input type="text"/>						
邮政编码	<input type="text"/>						

(第一页)

4 提取资金

银行名称  账户持有人姓名  账号

5 身故保险金受益人变更

姓名  出生日期  年  月  日 性别  男  女 婚姻状况  已婚  单身

证件类型  身份证  军官证  护照  台湾居民来往大陆通行证或台胞证  港澳居民来内地通行证或港澳同胞回乡证 国籍

证件号码  证件有效期截止日  年  月  日 与被保险人关系

工作单位  职业  联系电话

通讯地址  邮政编码  受益顺序  受益比例

姓名  出生日期  年  月  日 性别  男  女 婚姻状况  已婚  单身

证件类型  身份证  军官证  护照  台湾居民来往大陆通行证或台胞证  港澳居民来内地通行证或港澳同胞回乡证 国籍

证件号码  证件有效期截止日  年  月  日 与被保险人关系

工作单位  职业  联系电话

通讯地址  邮政编码  受益顺序  受益比例

备注

注意

1、身故保险金受益人变更须被保险人/法定监护人签字确认。  
2、此次指定身故保险金受益人同时宣告以前指定身故保险金受益人无效。如指定身故保险金受益人不止一人，请标明受益比例。

6 保险费变更

期交保险费

保险费变更为人民币  .00元/期，交费方式为  年交  月交。

申请继续交纳期交保险费，人民币  .00元/期。

定期追加保险费，保险费变更为人民币  .00元/期，交费方式为  年交  月交。

注意：保险费变更将在我们收到申请后的下一期保险费应交日生效。

7 定期自动转移

我授权贵公司在合同投资账户价值足够的情况下，按下列表格每 \_\_\_\_\_ (频率) 从 \_\_\_\_\_ (如：财智稳定投资账户) 转移 \_\_\_\_\_ 元到下列投资账户，终止日期为 \_\_\_\_\_ (年/月/日) 或转移次数为 \_\_\_\_\_ 次。

取消定期自动转移，各投资账户资金分配按照下列比例进行。

投资账户类型	分配数额 (元人民币)	投资账户类型	分配比例
<input type="checkbox"/> _____ (如：成长型)	.00	<input type="checkbox"/> _____ (如：成长型)	.00%
<input type="checkbox"/> _____ (如：平衡型)	.00	<input type="checkbox"/> _____ (如：平衡型)	.00%
<input type="checkbox"/> _____ (如：稳定型)	.00	<input type="checkbox"/> _____ (如：稳定型)	.00%
<input type="checkbox"/> _____ (如：安益型)	.00	<input type="checkbox"/> _____ (如：安益型)	.00%
<input type="checkbox"/>	.00	<input type="checkbox"/>	.00%
<input type="checkbox"/>	.00	<input type="checkbox"/>	.00%
<input type="checkbox"/>	.00	<input type="checkbox"/>	.00%
<input type="checkbox"/>	.00	<input type="checkbox"/>	.00%

8 保额变更

基本身故保险金，金额为  投资账户价值的105%  投资账户价值的100%

额外身故保险金

申请金额变更为人民币  .00元

申请附加额外身故保险金，金额为人民币  .00元

申请取消

注意：1、保额变更将在我们收到并接受变更申请后的下一个保单月度对应日生效。  
2、基本身故保险金的变更自第六个保单年度起方可申请。  
3、申请附加额外身故保险金或增加额外身故保险金金额的客户须额外填写第17部分被保险人健康告知书。

9 补发保单

因  这是我第  次申请补发保单，并对因此而发生的纠纷负全部责任。

不定期追加保险费, 人民币  .00元  定期追加保险费, 人民币  .00元 交费方式  月交  年交  
请填写追加保险费分配金额:

10 交纳额外保险费

投资账户类型	分配金额 (元人民币)
<input type="checkbox"/> _____ (如: 成长型)	.00
<input type="checkbox"/> _____ (如: 平衡型)	.00
<input type="checkbox"/> _____ (如: 稳定型)	.00
<input type="checkbox"/> _____ (如: 安益型)	.00
<input type="checkbox"/>	.00
<input type="checkbox"/>	.00
<input type="checkbox"/>	.00
<input type="checkbox"/>	.00
<input type="checkbox"/>	.00

此次划款账户是否相同于最近一次保费转账账户?  是  否, 请申请银行账户变更。

11 投资账户资产转移

投资账户类型	分配比例
<input type="checkbox"/> _____ (如: 成长型)	.00%
<input type="checkbox"/> _____ (如: 平衡型)	.00%
<input type="checkbox"/> _____ (如: 稳定型)	.00%
<input type="checkbox"/> _____ (如: 安益型)	.00%
<input type="checkbox"/>	.00%
<input type="checkbox"/>	.00%
<input type="checkbox"/>	.00%
<input type="checkbox"/>	.00%
合计	100.00%

注意: 您以前的投资选择将按照上表内容进行更改, 并且此次变更将影响到未来的投资分配比例。

12 投资账户资金分配

投资账户类型	分配比例
<input type="checkbox"/> _____ (如: 成长型)	.00%
<input type="checkbox"/> _____ (如: 平衡型)	.00%
<input type="checkbox"/> _____ (如: 稳定型)	.00%
<input type="checkbox"/> _____ (如: 安益型)	.00%
<input type="checkbox"/>	.00%
<input type="checkbox"/>	.00%
<input type="checkbox"/>	.00%
<input type="checkbox"/>	.00%
合计	100.00%

注意: 您的投资选择只将影响到未来的投资分配比例。

13 部分支取

部分支取原因为 , 支取金额是否按目前投资账户资金分配比例分配?  
 是, 请填写支取金额或占全部投资账户资产价值的百分比 。  否, 请在下栏中填写各账户支取金额或支取比例:

提示: 我们会尽快处理您的申请。但若经过我们计算, 认为若接受您此次部分支取申请可能会导致剩余的投资账户价值低于条款规定的最低限额, 或因价格下跌等原因导致您申请支取的某些投资账户的账户价值小于您申请支取的金额和相应手续费, 则我们将有权终止您此次部分支取的交易。

投资账户类型	支取金额 (元人民币)	支取比例
<input type="checkbox"/> _____ (如: 成长型)	.00	.00%
<input type="checkbox"/> _____ (如: 平衡型)	.00	.00%
<input type="checkbox"/> _____ (如: 稳定型)	.00	.00%
<input type="checkbox"/> _____ (如: 安益型)	.00	.00%
<input type="checkbox"/>	.00	.00%
<input type="checkbox"/>	.00	.00%
<input type="checkbox"/>	.00	.00%
合计		

14 退保

犹豫期撤销保险合同, 原因为   
 犹豫期后全部退保, 原因为

15 授权

您是否授权您的销售人员及其所在机构获悉或查询您保单的以下信息:  
1. 保险合同基本信息?  是  否      2. 投资账户交易记录?  是  否

申请中止交纳期交保险费

被保险人身高  米, 体重  公斤, 最近一次体检时间:  年  月  日,  
 体检机构  体检结论

问题

是 否

1. 是否曾患有或正在患有或被告知患有下列症状、疾病或因此而接受治疗？
    - A. 反复头晕、反复头痛、晕厥、胸闷、心慌、气急、不能平卧、口唇发紫、淤血、鼻出血、反复牙龈出血、呕血、咳血、浮肿、腹痛、便血、血尿、尿蛋白、肿块、视力下降、声嘶、关节红肿或酸痛；或曾在过去六个月内持续一周以上出现下列症状：体重下降、食欲不振、盗汗、腹泻、淋巴结肿大或皮肤溃烂；
    - B. 高血压、风湿性心脏病、冠心病、心绞痛、心肌梗塞、肺心病、心肌炎、先天性心脏病、心瓣膜疾病、传导阻滞、心律失常、动脉瘤、下肢静脉曲张及其他心脏或血管疾病；
    - C. 肺炎、支气管炎、肺气肿、哮喘、支气管扩张、肺大泡、胸膜炎、气胸、尘肺、肺结核或其他呼吸系统疾病；
    - D. 消化性溃疡或出血、食道静脉曲张、肠梗阻、结肠炎、肝炎、肝炎病毒携带、肝硬化、脂肪肝、血吸虫肝病、胆石症、胰腺炎或其他消化系统疾病；
    - E. 尿路结石或感染、肾病、肾衰竭、肾盂积水、多囊肾、急性肾炎或其他泌尿系统疾病；
    - F. 癌症、肿瘤、肿物、囊肿等；
    - G. 何杰金氏病、贫血、血友病、紫癜、脾脏疾病或其他血液系统疾病，或被建议不宜献血；
    - H. 甲状腺疾病、糖尿病、甲状旁腺疾病、高脂血症、痛风或其他内分泌系统或代谢性疾病；
    - I. 精神疾患、抑郁症、神经官能性疾病、脑膜炎、脑炎、神经麻痹、瘫痪、脑和脊髓疾病、中风、帕金森氏病、多发性硬化、脑外伤后综合症、癫痫或其他神经系统疾病或精神疾病；
    - J. 红斑狼疮、硬皮病、脊髓疾病、类风湿性关节炎、肌肉、骨骼、关节疾病或结缔组织疾病；
    - K. 职业病、特殊物质过敏、中毒（铅、汞、农药、煤气等）后遗症；
    - L. 眼、耳、鼻、咽、喉或口腔疾病；
    - M. 梅毒、淋病、非淋菌性尿道炎等性传播疾病；您及您的配偶是否曾接受艾滋病病毒（HIV）的检验（如有请提供检查结果）；
    - N. 是否还有以上未述及的症状、疾病或接受治疗。
  2. 在过去六个月内是否做过诊断性检查如X光、超声波、CT、心电图、活体检查、验血、验尿？（如有，请提供检查报告）
  3. 您的家属是否曾患有高血压、肾病、心脏病、肝肾囊肿、肝硬化、糖尿病、白血病、结核病、多发性硬化症、癌症或曾被发现为乙肝病毒携带者或其他肝炎及病毒携带者？  
 如是，请详述：
  4. 妇女适用
    - A. 现在是否怀孕？如是，已怀孕  月。
    - B. 是否曾有任何乳房或妇科病症或分娩前后综合症？
    - C. 是否曾被建议做重复的宫颈涂片、乳房检查、乳房X光检查或乳房活体检查？
    - D. 是否曾因月经不调而就诊？
    - E. 是否曾因性传播疾病或其他女性生殖器官疾病而就诊？
    - F. 本人或家庭成员中，是否曾有人患过乳腺癌？
- 以上问题如答“是”，请在本栏予以详述，如发病原因、时间、病情、治疗情况及医院名称、医生姓名等（对本告知内容，本公司承担保密义务）

投保人签名  日期

被保险人/法定监护人签名  日期

见证人/销售人员声明：

本人已核实了客户（投保人/被保险人/身故保险金受益人）的有效身份证件或者其他身份证明文件，确认客户的身份。

营销机构  见证人/销售人员签名  销售人员编号

以上变更将在我们收到申请的10个工作日内进行

公司批注栏：

收件日期  收件人   
 录入日期  录入人  复 核   
 核保日期  核保人  核保结论