



PS017

瑞泰人寿保险有限公司 变更申请表

保险单号	<input type="text"/>	投保人姓名	<input type="text"/>
申请人姓名	<input type="text"/>	申请人声明：上述变更事项是本人的真实意愿并由本人亲笔签署：	
填写须知：* 申请表应由申请人用黑色或蓝黑色签字笔亲笔填写；* 请在需变更项目前 <input type="checkbox"/> 中划“√”；* 签名处须由投保人或被保险人/法定监护人亲笔签名；			

A类（请每一份保险合同填写一份申请书）

A1 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="text"/>		
证件号码	<input type="text"/>	证件有效期至	<input type="text"/>
婚姻状况	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 单身	职业	<input type="text"/>
年收入	<input type="text"/>	万元	
个人税收居民身份	<input type="checkbox"/> 仅为中国大陆税收居民 <input type="checkbox"/> 其它税收居民身份（请填写《个人税收居民身份声明文件》）		
手机号码	<input type="text"/>	固定电话	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>		
省/自治区/直辖市	市	区/县	街道/镇 社区/村
具体地址（含小区及门牌号）	<input type="text"/>		
邮政编码	<input type="text"/>		
通讯地址：	<input type="text"/>		
住所：	<input type="text"/>		
其他需要变更的内容	<input type="text"/>		
更正后签名样本：（注：如变更姓名或变更签名样式，需提供新的签名样本）			
投保人：	<input type="text"/>		被保险人： <input type="text"/>

A2 <input type="checkbox"/> 身故保险金受益人变更				
受益人 1	姓名：	出生日期：年 月 日	性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 国籍：	
	证件类型：	证件号码：	证件有效期至：	
	与被保险人关系：	联系电话：	职业：	年收入：
	省	市	区/县	街道/镇 社区/村
	具体地址（含小区及门牌号）	邮政编码		
通讯地址：	<input type="text"/>			
受益人 2	姓名：	出生日期：年 月 日	性别：男 女 国籍：	
	证件类型：	证件号码：	证件有效期至：	
	与被保险人关系：	联系电话：	职业：	年收入：
	省	市	区/县	街道/镇 社区/村
	具体地址（含小区及门牌号）	邮政编码		
通讯地址：	<input type="text"/>			
注意：1. 若投保人申请变更身故保险金受益人，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的身故保险金受益人无效；3. 若此次申请变更的身故保险金受益人多于2人，需另填《变更申请表》。				

A3 <input type="checkbox"/> 生存类保险金受益人申请变更为	<input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人	与被保险人关系	<input type="text"/>
注意：已生成但未申请领取的生存类保险金将给付给此次变更后的生存类保险金受益人。			

A4 <input type="checkbox"/> 被保险人银行账户授权（新授权银行账户请勾选此项）	<input type="checkbox"/> 终止保险费自动转账付款授权
<input type="checkbox"/> 银行账户变更 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人（投保人银行账户变更将同时变更付款和收款账户）	
转账银行：	省 市 银行 网点名称：
户名：	银行账号：
投保人声明及授权：1. 我同意授权瑞泰人寿根据合同约定的保险金额和交费方式委托银行从上述账户划款，首次划款日为瑞泰人寿同意承保的当日。 2. 如果我提供的存折是凭密码或印鉴支取，则我将同意并授权委托银行在划转保险费时免于核对该账户中的印鉴和密码。	

A5 <input type="checkbox"/> 补发保单（申请人声明：本保单无任何质押给第三方之事宜）
--

A6 <input type="checkbox"/> 保险费转入：申请将保险合同号为	<input type="text"/>	产生的生存类保险金/现金红利或我公司认可的其它类型的保险金转入
<input type="checkbox"/> 终止保险费转入：申请终止保险合同号为	<input type="text"/>	产生的生存类保险金/现金红利或我公司认可的其它类型的保险金转入

A7 减少被保险人 减少的被保险人姓名为

A8 投保人变更

姓名:	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期: 年 月 日	婚姻状况: <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 单身				
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 <input type="checkbox"/> 其他							
证件号码:			证件有效期至:				
与被保险人关系:	投保人年收入:	收入的主要来源:	国籍:				
工作单位:	职 业:						
	省/自治区/直辖市	市	区/县	街道/镇	社区/村	具体地址 (含小区及门牌号)	邮政编码
通讯地址:							
手机号码:	固定电话:	E-mail:					
个人税收居民身份 <input type="checkbox"/> 仅为中国大陆税收居民 <input type="checkbox"/> 其它税收居民身份 (请填写《个人税收居民身份声明文件》)							

B类 (请每一份保险合同填写一份申请书)

B1 期交保险费交费频率变更为 年交 月交 其他

B2 职业变更 (请提供职业变更的有效证明)

现职务具体内容 现职务任职起始日期 现服务单位名称

B3 减少主合同保险金额

主合同名称 减少后 保险金额 基本保险金额 元 个单位

B4 复效 (请同时填写《投保人/被保险人健康及生活习惯告知》, 如有相关病历或检查报告, 须一并提供。)

投保人声明: 本人知晓并同意在与贵公司协商并达成协议, 补交保险费和利息 (如有) 后, 合同效力恢复。

B5 保单质押贷款 (须同时填写《瑞泰人寿保单质押贷款合同》)

投保人以本保险合同的保单现金价值总额为质押, 向贵公司申请贷款人民币 元整, 并同意依贵公司审核后的可贷金额范围内贷款, 并遵守各项贷款条约。本次贷款用途

保单还款

B6 现金红利处理方式变更为 现金领取 (若需领取存放于公司的红利, 请同时勾选B7项) 累积生息 抵交保险费

B7 申请领取

存放于公司的现金红利 生存保险金 满期金 年金 (后三项若为被保险人首次申请领取, 请同时填写A4项被保险人账户授权)

B8 生存保险金/年金领取方式变更为 月领 年领

B9 一年期产品续保标志变更为 自动续保 不自动续保

B10 补充投保人/被保险人健康及生活习惯告知 (请同时填写《投保人/被保险人健康及生活习惯告知书》, 如有相关病历或检查报告, 须一并提供。)

B11 退保 (投保人声明: 此保险合同无任何质押给第三方事宜。)

犹豫期撤销保险合同, 原因为

退保, 原因为

B12 其他, 请详述:

投保人签名 被保险人/法定监护人签名 日期 年 月 日

见证人/销售人员声明:

本人已核实客户 (投保人/被保险人/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

公司批注栏:

收件日期 <input type="text"/>	收件人 <input type="text"/>	复 核 <input type="text"/>
录入日期 <input type="text"/>	录入人 <input type="text"/>	核保结论 <input type="text"/>
核保日期 <input type="text"/>	核保人 <input type="text"/>	