



保险合同变更申请书(专用版)

◆ 填写说明：请用蓝黑色、黑色钢笔(墨水笔)或碳素笔在所选变更项目前的□、○中打“√”，并填写具体信息；在不需变更项目前的□中打“×”。填写的内容不允许涂改，若发生涂改，本申请无效。

保险单号：□□□□□□□□□□□□□□□□

申请日期：____年__月__日

投保人姓名：_____

联系电话：_____

01 <input type="checkbox"/> 联系方式变更	<input type="radio"/> 投保人联系方式 <input type="radio"/> 被保险人联系方式 通讯地址：_____省/市_____市_____县/区_____ 邮政编码：_____ E-mail：_____ 联系电话：_____ 手机号码：_____
02 <input type="checkbox"/> 账户信息变更	<input type="radio"/> 银行转账 <input type="radio"/> 其他 _____ <input type="radio"/> 变更账户信息 开户银行：_____ 户名：_____ 账号：_____
03 <input type="checkbox"/> 解除保险合同 注：若解除保险合同时保险单有未领生存金，请生存金受益人填写生存金领取授权及声明	<input type="radio"/> 犹豫期内 <input type="radio"/> 犹豫期外 退费转账账户： <input type="radio"/> 同保险费交费账户 <input type="radio"/> 其他账户 开户银行：_____ 户名：_____ 账号：_____ 解除原因： <input type="radio"/> 经济原因 <input type="radio"/> 家庭意见不一致 <input type="radio"/> 保险计划不满意 <input type="radio"/> 更换险种 <input type="radio"/> 对公司服务不满意 <input type="radio"/> 对保险不认可 <input type="radio"/> 已经有其他公司同类产品 <input type="radio"/> 其他，请说明 _____
04 <input type="checkbox"/> 其他变更项目及说明	

◆ 生存金领取授权及声明 (若解除保险合同时保险单有未领取生存金及利息且投、被保险人非同一人，请生存金受益人填写以下内容)

本人 _____ 授权中邮人寿保险股份有限公司将解除保险合同时未领生存金及利息支付至投保人名下指定账户，并郑重声明凡因本授权引发的法律纠纷与贵公司无关。

联系电话：_____ 生存金受益人签名：_____

(退保金、未领生存金及利息将支付至投保人名下指定账户)

◆ 转账授权及声明

- 本人授权中邮人寿保险股份有限公司(以下简称“中邮保险”)从交费账户或指定转账账户中划转续期保费及本次保全申请产生的收付费款项，并保证此账户为本人真实姓名开立的结算账户。
- 如因账户错误、注销、余额不足、户名与投保人姓名不符等账户原因或不符合中邮保险对转账账户要求(如开户银行不为我公司的指定银行或银行账户未开通转账业务等)造成划账不成功或划账错误的，责任由本人承担。
- 如因授权账户失窃或冒领造成损失的，责任由本人承担。
- 如因各种原因欲终止授权账户，本人将及时通知中邮保险并提出书面账户变更申请，中邮保险在收到申请前按约定划转至授权账户的款项，本人视为已收到，中邮保险无需承担由此引起的责任。
- 本人已仔细阅读、理解中邮保险客户须知并同意遵守。谨以此申请书作为保险合同变更要约，望中邮保险同意依此办理上述变更事项。

◆ 客户签名

投保人签名：

被保险人(或其法定监护人)签名：

签名日期：____年__月__日

签名日期：____年__月__日

◆ 代理机构、保险公司填写

代理机构签章：

经办人声明：本人(代理机构经办人)保证上述申请严格按照中邮保险保全业务规定的相关要求，由当事人本人亲自办理并亲笔签名。

代理机构经办人签名：

代理机构复核人签名：

保险公司经办人签名：

保险公司复核人签名：

日期：____年__月__日

日期：____年__月__日

日期：____年__月__日

日期：____年__月__日

客户须知

尊敬的客户：

您好！感谢您对我公司的支持。为了充分保障您的权益，请您在申请保险合同变更时，按以下说明办理：

1. 《保险合同变更申请书（专用版）》适用于您申请保险合同内容变更及通知保险合同解除时使用。
2. 您可到我公司当地的服务柜面或代理网点办理业务。
3. 如您申请账户信息变更，且变更后的交费形式为银行转账时，请详细填写开户银行、户名和账号信息，并仔细阅读其下方的“转账授权及声明”。
4. 根据《中华人民共和国保险法》第四十七条的规定，投保人解除合同的，保险人应当自收到解除合同通知之日起三十日内，按照合同约定退还保险单的现金价值。
5. 如您申请解除保险合同，请选择犹豫期内或犹豫期外，详细填写退还保险费转账账户信息，并仔细阅读其下方的“转账授权及声明”。
6. 如您申请增加保额、新增附加险、复效、增补告知等保全项目时，您须另行填写《保险合同变更申请书（告知版）》，并在我公司认为必要的时候，配合进行被保险人的体检。
7. 请您、被保险人务必亲自在签名处签署各自的姓名，如被保险人为未成年人，则由其监护人签署自己的姓名，不得代签，否则本申请无效。
8. 在申请保险合同变更时，您可参照下表准备所需资料：

保全项目所需资料

申请保全项目	应备资料	
联系方式变更	1、2、3	1. 保险合同变更申请书 2. 保险合同原件 3. 投保人身份证明文件原件 4. 首期保险费收费凭证 5. 以投保人姓名为户名的银行卡折原件
账户信息变更	1、2、3、5	
解除保险合同(犹豫期内)	1、2、3、4、(5)	
解除保险合同(犹豫期外)	1、2、3、(5)	

注：在申请保全过程中，如您有任何疑问，请及时咨询我公司保全人员或拨打我公司客户服务电话400-890-9999，我们将及时为您解答并予以处理。