

中荷人寿保险有限公司

保险合同变更申请书



PA011

保险合同编号: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

投保人: _____ 被保险人: _____

请在所选择保全项目前的 [] 内打√, 填写所需办理的内容和相关事项。 申请日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

Form with multiple sections: 电话地址变更, 客户资料变更, 投保人变更, 受益人变更, 缴费方式变更, etc.

请双面打印使用

<input type="checkbox"/> 复缴	注：自动垫缴中的保单申请复缴时，需要补缴整张保单全部欠缴的期缴保费及利息；
<input type="checkbox"/> 缓缴期解除	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 补缴_____期保费（仅限开办此项业务的险种选择） 注：缓缴期中的保单申请缓缴期解除时，若选择补缴全部欠缴保费时，提醒您同时申请附加险复效。
<input type="checkbox"/> 收付费方式变更	1、转账银行：_____ 银行账号：_____ 账户名：_____ （本投保人兹授权中荷人寿保险有限公司及上述所填写银行自投保人的个人结算账户内交付中荷人寿保险合同期间的各期保险费，同时可作为各类退费转账使用。本转账授权行为持续有效，直至投保人变更新收付费方式。） 2、 <input type="checkbox"/> 自行缴纳
<input type="checkbox"/> 红利选择权变更	<input type="checkbox"/> 现金 <input type="checkbox"/> 抵交保费 <input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 缴清增额
<input type="checkbox"/> 累积红利领取	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 部分_____元（仅限开办此项业务的险种选择）
<input type="checkbox"/> 文字批注	批注内容：_____
<input type="checkbox"/> 保单补发	第_____次补发，原保单自补发之日起作废
<input type="checkbox"/> 保单挂失或解除	<input type="checkbox"/> 保单挂失 <input type="checkbox"/> 保单挂失解除
<input type="checkbox"/> 保单还款	<input type="checkbox"/> 全部本息 <input type="checkbox"/> 只还利息 <input type="checkbox"/> 全部利息和部分本金 _____元
<input type="checkbox"/> 加保★ <input type="checkbox"/> 新增附约★ <input type="checkbox"/> 计划保障变更	险种名称及代码 _____ 变更后的保额/计划别/保障/保费 _____ 缴费年期 _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> 险种变更★ <input type="checkbox"/> 附约险种转换	1、变更后的险种为：_____ 缴费年期为：_____ 保险期间为：_____ 保额 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否同时变更， 变更后的保额为：_____ 如果变更后的险种为分红险，红利选择权为：_____ 注：险种变更后不得恢复原契约 2、附加险转换后的险种为：_____（仅限条款约定允许转换的险种进行变更）
<input type="checkbox"/> 被保险人经历告知 （如申请以上打★项新增附约、加保、险种变更，请同时填写被保险人经历告知。）	1.是否已购买或准备购买其它保险公司的人寿保险、意外险或健康保险？若“是”，请详列 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 公司名称：_____ <input type="checkbox"/> 寿险保额：_____ <input type="checkbox"/> 意外伤害保险保额：_____ <input type="checkbox"/> 重大疾病保险保额：_____ <input type="checkbox"/> 商业医疗保险险种/保额/档次/计划别：_____ <input type="checkbox"/> 投保日期：_____ 2.若被保险人为未成年人，是否已参保其它保险公司的以死亡为保险金给付条件的人身保险？ 若“是”，请详列 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 公司名称：_____ 保险险种：_____ 保险金额总和：人民币 _____ 万元 3.新增费用补偿型医疗保险请填写以下内容：被保险人是否参加基本医疗保险或公费医疗： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 减保 <input type="checkbox"/> 附约不续保 <input type="checkbox"/> 整单不续保 减保原因：_____	申请减保或附约不续保的险种名称及代码 _____ 变更后的保额/保费：_____ _____ 元 _____ 元 _____ 元 注：附约不续保、整单不续保不须填写变更后的保额/保费
<input type="checkbox"/> 补充告知	补充告知对象： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 补充告知内容（请同时填写健康声明书）：_____
<input type="checkbox"/> 生存金领取方式变更	<input type="checkbox"/> 直接领取 <input type="checkbox"/> 累积生息（仅限开办此项业务的险种选择）
<input type="checkbox"/> 年金领取频次变更	<input type="checkbox"/> 按月领取 <input type="checkbox"/> 按年领取
<input type="checkbox"/> 领取信息变更	<input type="checkbox"/> 首期年金领取日：被保险人满 _____ 周岁后的首个保单周年日 <input type="checkbox"/> 年金领取比例：_____ %
<input type="checkbox"/> 其他	
注意事项：1. 中荷人寿采集客户信息特别是联系电话和联系地址的用途，包括但不限于计算保费、核保、寄送保单和客户回访等，如果发生变更，请及时办理更正手续； 2. 客户不提供真实、完整客户信息可能带来的后果，包括但不限于不能及时收到中荷人寿关于保单权益的各类通知及缴费信息提醒等； 3. 中荷人寿承诺未经投保人及被保险人同意，不会将客户信息用于中荷人寿和第三方机构的销售活动。	
收付方式：银行转账，请确定银行账户为： <input type="checkbox"/> 续期缴费账户 <input type="checkbox"/> 其它账户，如果选择其它账户，请同时填写账户信息，如未勾选默认为续期账户。 开户银行：_____ 账户名：_____ 银行账号：_____	
投保人签名：_____	证件类型：_____ 证件号码：_____ 联系电话：_____
被保险人（法定监护人）签名：_____	证件类型：_____ 证件号码：_____ 联系电话：_____
新投保人签名：_____	证件类型：_____ 证件号码：_____ 联系电话：_____
委托代办人签名：_____	证件类型：_____ 证件号码：_____
营业单位：_____	业务代码：_____ 代办人电话：_____ 投保人电话：_____

请双面打印使用