

保险合同变更申请书（客户权益及万能账户变更类）

保险单号码	BEJ001EL0123456		投保人	王飞	被保险人	李明
填写说明：请在需变更的项目前的□内打“√”，用黑色钢笔或黑色签字笔正楷详细填写需变更的内容。申请书内容请避免涂改，若有涂改，请重新填写或由本人在涂改处签字。为了维护您的利益，请勿在空白申请书上签名，请慎重核对所填写的资料。						
变更项目	变更后内容					
<input checked="" type="checkbox"/> 复效	办理复效需同时提供《健康与财务告知声明书》。					
<input checked="" type="checkbox"/> 保单挂失补发	申请原因： <input checked="" type="checkbox"/> 遗失 <input type="checkbox"/> 毁损 <input type="checkbox"/> 其他_____					
<input checked="" type="checkbox"/> 红利领取方式变更	<input type="checkbox"/> 现金领取 <input checked="" type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 抵交保费 <input type="checkbox"/> 交清增额（选择交清增额方式需要填写《健康与财务告知声明书》）					
<input checked="" type="checkbox"/> 补充告知	告知对象： <input type="checkbox"/> 投保人 <input checked="" type="checkbox"/> 被保险人 告知内容： <input type="checkbox"/> 投保时未如实告知 <input type="checkbox"/> 保全变更时未如实告知 <input checked="" type="checkbox"/> 健康状况改变 请同时填写《健康与财务告知声明书》并提供核保要求的相关病历或检验报告。					
<input checked="" type="checkbox"/> 合同转换 <input type="checkbox"/> 权益转换	变更后险种名称 <u>公司在办允许转换的险种</u> 交费 <u>10</u> 年/至 <u> </u> 岁 变更后份数 <u>3份</u> 或基本保险金额 <u> </u> 请同时填写《投保单》。					
<input checked="" type="checkbox"/> 增加万能险保险金额 <input type="checkbox"/> 降低万能险保险金额	险种名称 <u>允许保额变更的万能险险种</u> 变更后基本保险金额 <u>140000元（具体金额请咨询公司经办人员）</u> 增加保险金额需同时填写《健康与财务告知声明书》。					
<input checked="" type="checkbox"/> 万能定期追加保险费	金额（小写）： <u>3000（具体金额请咨询公司经办人员）</u> 元 交纳追加保险费需符合的相关条件详见条款。					
<input checked="" type="checkbox"/> 万能期交保险费变更	申请增加金额（小写）： <u>4000（具体金额请咨询公司经办人员）</u> 元 增加期交保险费需符合的相关条件详见条款。					
<input checked="" type="checkbox"/> 交费频率变更	<input checked="" type="checkbox"/> 趸交 <input type="checkbox"/> 年交 （交费频率变更仅限于高频率向低频率变更）					
<input checked="" type="checkbox"/> 新增附约	附约名称	保额/份数	档次	交费年限	保险期限	是否自动续保
	可增加的附约名称	由公司经办人员填写	由公司经办人员填写	由公司经办人员填写	由公司经办人员填写	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
新增附约需同时填写《健康与财务告知声明书》；若“是否自动续保”项选择“是”，还需同时填写《自动续保特约》。						
<input checked="" type="checkbox"/> 保费豁免	豁免原因 <u>投保人全残或者死亡</u> 需提供条款要求的事故等证明材料。					
<input checked="" type="checkbox"/> 领取年龄、方式变更	给付责任： <u>养老金</u> 领取方式： <u>年领</u> 领取年龄：（男/女/不区分） <u> </u> 岁					
<input checked="" type="checkbox"/> 垫交标识变更	<input type="checkbox"/> 申请保险费自动垫交 <input checked="" type="checkbox"/> 取消保险费自动垫交					
<input checked="" type="checkbox"/> 自动续保标识变更	<input checked="" type="checkbox"/> 申请（请附《自动续保特约》） <input type="checkbox"/> 取消：险种名称_____					
<input checked="" type="checkbox"/> 减额交清	1、本人已详细阅读知保险合同关于减额交清的相关条款约定及内容，并知晓太平洋寿险关于减额交清的相关业务规定。 2、变更减额交清保险后的基本保险金额不得低于本公司变更当时规定的最低金额。					
<input checked="" type="checkbox"/> 保单还款 <input type="checkbox"/> 垫缴还款	金额（小写）： <u>5055.8（可填以交款通知书为准）</u> 元					
<input type="checkbox"/> 领款信息变更 <input checked="" type="checkbox"/> 交款信息变更	款项金额（小写）： <u>1000</u> （元） 变更原因： <u>更改账户</u> （需同时填写变更需补退费的业务款项收付方式内容）					
变更需补、退费的业务款项收付方式选择：						
<input checked="" type="checkbox"/> 银行转账（如选择银行转账请同时填写以下账户信息） <input type="checkbox"/> 其他 <u>现金或其他方式（符合保全及公司财务规定）</u>						
账户所有人姓名：	王飞	证件类型：	身份证	证件号码：	1 1 0 1 2 3 1 9 5 3 0 9 2 7 6 5 4 3	
开户行：	交通银行	授权账号：	6 2 2 2 6 1 2 3 4 5 6 7 8 9 8 7 6 5 4 3 2 1			
声明与签字：1、本人已详细阅读并同意申请书背面的客户须知； 2、本人承诺提供的所有申请资料和信息真实、合法、有效，并授权贵公司调查其真实性。						
受托人（签名）： <u>张军</u> 投保人（签名）： <u>王飞</u> 被保险人及其法定监护人（签名）： <u>李明</u> 2013年01月15日						
公司填写	受理渠道： <input type="checkbox"/> 公司柜面 <input type="checkbox"/> 代理银行柜面 <input checked="" type="checkbox"/> 委托服务人员代办 <input type="checkbox"/> 委托他人代办 <input type="checkbox"/> 其他_____					
	经办人：_____ 年 月 日			复核人：_____ 年 月 日		
	备注：_____					

客户须知

- 1、本人同意所提供的资料和信息，可用于太平洋保险集团（中国太平洋保险（集团）股份有限公司及其直接或间接控股的公司）及因业务必要而委托的第三方为本人提供服务及推荐产品，太平洋保险集团及委托的第三方对前述资料和信息负有保密义务。本条款自本单证签署时生效，具有独立法律效力，不受合同成立与否及效力状态变化的影响。
- 2、申请人应为基于法律及保险合同约定的保全项目申请资格人。申请的变更项目，存在不符合法律规定或者保险合同约定的，该申请项目无效。本次申请中如有未获太平洋寿险批准的保单，相应的申请事项自动撤销作废。
- 3、太平洋寿险为保护申请人的权益，对代办业务将抽查回访核实，涉及资金收支事项将通过转账形式支付至申请人本人的账户中，请您配合。
- 4、复效、挂失补发、续贷、还款、垫交还款、保险金额变更等需补交费保全业务，经太平洋寿险批准并收到应交款项后生效，**如申请批准后7个工作日内太平洋寿险未收到应交款项，相应申请事项自动撤销作废**；新增附约经太平洋寿险批准并收到应交款项且符合约定的条件时生效；其他业务经太平洋寿险批准后生效。
- 5、申请人已认真阅读和充分了解新增保险产品的条款，对条款内容特别是保险责任条款、责任免除条款及合同解除条款均作了了解并同意遵守。
- 6、申请人联系方式发生变动时须及时办理变更手续，申请人未及时办理变更手续的，太平洋寿险按照申请人提交的最后联系方式发送的有关通知，均视为已送达。
- 7、申请人可以通过太平洋寿险全国客户服务电话95500、太平洋保险网站（http://www.cpic.com.cn）、客户服务柜面以及保险服务人员咨询相关手续。
- 8、如有未尽事宜，详见保险合同条款。

保险款项转账收付授权客户须知

- 1、申请人授权太平洋寿险使用本申请书指定的银行结算账户用于本申请书所列保单款项的转账收付。
- 2、申请人同意太平洋寿险有权决定相关账户是否可作为授权账户，并经被授权银行审核确认账户信息正确后生效。
- 3、申请人承诺所提供的授权账户为保险金申请人实名账户，如因授权账户失窃、遗失、销户以及被依法冻结等原因而终止使用该账户时，应及时书面通知太平洋寿险。在收到申请人正式书面通知之前，太平洋寿险对按保险合同约定已转账到本次授权账户的保险金，或交款人未及时通知导致保险合同失效或终止不承担责任。由于账户原因（账户睡眠、户名不符、未交小额管理费等）导致的转账不成功或时效性问题由申请人承担相关责任。太平洋寿险不对授权账户的失窃或者冒领负责。
- 4、申请保全业务涉及补交费的，若申请人提供的账户非本人所有，需账户所有人同意交费，并办理账户使用授权，因申请人提供他人账户交费而引起的纠纷，相关责任由申请人承担。
- 5、保全涉及的领款类业务，太平洋寿险承诺在申请批准后的7个工作日内转账支付。

授权委托书

中国太平洋人寿保险股份有限公司：

本人（下简称委托人）王飞现委托张军（证件类型 身份证 证件号码 110123195506251225），在 2013 年 01 月 15 日至 2013 年 01 月 25 日期间内代为办理 复效 事宜（保险单号码为 BEJ001EL0123456），并郑重声明凡由本授权委托书引发的法律纠纷与贵公司无关，因此发生的一切纠纷皆由本人负责。

委托人声明：

- 1、委托人已详细阅读并同意客户须知和声明内容，知悉保单变更后可能引起的保险权益及保障的变化。
- 2、委托人保证本委托书及相关申请单证为委托人亲笔签名，并认同受托人在委托人授权范围内代为办理的保全业务，如有纠纷，委托人自愿承担相应责任。

证件类型：身份证 证件号码 1 1 0 1 2 3 1 9 5 3 0 9 2 7 6 5 4 3 联系电话：65342111

联系地址：北京市朝阳区 225 号 302 室 邮政编码：100001

委托人（签名）：王飞 日期：2013 年 01 月 15 日

受托人声明：本人已面晤委托人，授权委托书确系委托人本人签署。本人在委托人授权有效期及授权范围内代为办理委托事宜，严格遵循委托人的真实意愿，如有不实，本人愿意承担由此引致的所有责任。

国籍：中国 证件类型：身份证 证件号码 1 1 0 1 2 3 1 9 5 5 0 6 2 5 1 2 2 5

联系地址：北京市朝阳区 100 号 501 室 邮政编码：100001 联系电话：65432220

服务人员代码（受托人为服务人员时填写）：BEJZA080 受托人（签名）：张军 日期：2013 年 01 月 15 日