

保险合同变更申请书 (客户信息变更类)

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"/> 客户资料信息变更	<input checked="" type="checkbox"/> 姓名 <input checked="" type="checkbox"/> 性别 <input checked="" type="checkbox"/> 出生日期 <input checked="" type="checkbox"/> 证件号码	姓名: <u>王飞</u> 性别: <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期: <u>1953年9月28日</u>			国籍: <u>中国</u> 证件类型: <u>身份证</u> 证件有效期至: <u>终身</u> 年 <u> </u> 月 <u> </u> 日			证件号码: <u>1 1 0 1 2 3 1 9 5 3 0 9 2 8 6 5 4 3</u>				其他需要更正的内容: _____		
	<input checked="" type="checkbox"/> 职业变更	变更对象: 1 <input type="checkbox"/> 投保人 2 <input checked="" type="checkbox"/> 被保险人 3 <input type="checkbox"/> 其他_____				现职业(工种): <u>教师</u> 职业代码: <u>1201001</u>								
	<input checked="" type="checkbox"/> 客户联系信息变更	姓名: <u>李明</u> 手机: <u>13601234567</u> Email: <u>*****@sohu.com</u>		联系地址: <u>北京市</u> 省/直辖市 <u> </u> 市 <u>朝阳</u> 县/区 <u>225号302室</u> 邮政编码: <u>100001</u>						家庭地址: <u>同上</u> 省/直辖市 <u> </u> 市 <u> </u> 县/区 邮政编码: _____				
		家庭电话: <u>65342111</u>				办公电话: <u>65332200</u>								
<input type="checkbox"/> 续期交费方式变更 <input checked="" type="checkbox"/> 续期给付方式变更	<input checked="" type="checkbox"/> 银行转账 (请填写授权转账信息) <input type="checkbox"/> 其他_____													
账户所有人姓名: <u>王飞</u> 与投保人关系: <input checked="" type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女														
续期给付方式变更时请填写: 险种名称 <u>由公司经办人员填写</u> 给付责任 <u>由公司经办人员填写</u>														
证件类型 <u>身份证</u> 证件号码 <u>1 1 0 1 2 3 1 9 5 3 0 9 2 7 6 5 4 3</u>														
开户行: <u>交通银行</u> 授权账号 <u>6 2 2 2 6 1 2 3 4 5 6 7 8 9 8 7 6 5 4 3 2 1</u>														
<input checked="" type="checkbox"/> 指定生存金领取标准	生存金受益人姓名: <u>王飞</u> 指定日期: <u>2013.7.1</u> 指定金额: <u>1000元</u> 申请人必须提供账号,请在“续期给付方式变更”项中填写账户信息;生存给付累积账户余额未到达约定金额时,当年度不给付,账户进行累积,直到账户余额达到约定领取金额时再给付。													
<input checked="" type="checkbox"/> 投保人主体变更 请同时变更联系信息及续期交费方式。含有投保人豁免责任的产品,新投保人须填写《健康与财务告知声明书》。	新投保人姓名: <u>李明</u> 与被保险人关系: <u>本人</u> 性别: <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				出生日期: <u>1981年3月15日</u> 职业: <u>内勤</u> 职业代码: <u>0001001</u> 国籍: <u>中国</u> 证件类型: <u>身份证</u>				证件号码 <u>1 1 0 1 2 3 1 9 8 1 0 3 1 5 1 5 3 3</u> 证件有效期至: <u>2030年08月05日</u>					
新投保人声明: 本人自此项变更生效日起,享有本保险合同项下投保人相关的权利,并愿意履行相关义务。 新投保人签名: <u>李明</u> 日期: <u>2013年01月15日</u>														
<input checked="" type="checkbox"/> 保单迁移	迁出机构: <u>北京</u> 分公司 <u> </u> 中支公司 迁入机构: <u>湖南</u> 分公司 <u>株洲</u> 中支公司 <u>迁出迁入机构信息可由公司经办人员填写。</u> 迁移机构信息由公司服务人员填写,请客户确认是否需要同时变更投保人、被保险人或受益人的联系信息和账户信息。													
<input type="checkbox"/> 身故受益人变更 <input checked="" type="checkbox"/> 生存金受益人变更 请填写变更后的全部受益人资料,并在“客户联系信息变更”处提供新受益人联系信息。	分配方式选择 <input type="checkbox"/> 法定 <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 顺位 <input checked="" type="checkbox"/> 比例 (生存金受益人变更仅可选择比例分配方式)													
姓 名		国 籍		证件类型		证件号码		证件有效期至		与被保险人关系		受益比例 (%)		
1 王飞		中国		身份证		110123195309276543		终身		母子		60%		
2 李明		中国		身份证		110123198103151533		2030.08.05		本人		40%		
说明:														
<input checked="" type="checkbox"/> 变更签名	变更对象: <input checked="" type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人或其监护人 <input type="checkbox"/> 其他被保险人或其监护人 变更类型: <input checked="" type="checkbox"/> 签名风格变化 <input type="checkbox"/> 补声明 <input type="checkbox"/> 补签名: 1 <input type="checkbox"/> 投保单 2 <input type="checkbox"/> 其他单证_____													
变更原因: _____														
<input checked="" type="checkbox"/> 其他	<u>其他未列明的变更项目,如特约变更等。</u>													
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: <u>王飞</u>		证件类型: <u>身份证</u>		证件号码: <u>1 1 0 1 2 3 1 9 5 3 0 9 2 8 6 5 4 3</u>										
开户行: <u>交通银行</u>				授权账号: <u>6 2 2 2 6 1 2 3 4 5 6 7 8 9 8 7 6 5 4 3 2 1</u>										
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。3、变更签名客户声明: 本人认可原签名所确认的内容,并已详阅保险合同,对保险条款、免除责任条款、投保人解除合同的处理等内容予以认可。														
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> <u>2013年01月15日</u>														
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、 申请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。申请的变更项目中，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、 职业变更、性别年龄误告等需补交保费保全业务，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**；其他业务经太平洋寿险批准后生效。
- 5、 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。
- 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。

生存保险金银行转账领款授权客户须知

- 1、 申请人承诺提供保险金申请资格人实名账户，并授权太平洋寿险按指定的实名银行结算账户用于本申请书所列生存保险金的转账支付。为避免账户长期不用被冻结而影响续期生存保险金转账，建议您提供常用结算账户。
- 2、 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。
- 3、 申请人同意太平洋寿险对被保险人的生存状况进行不定期的调查，若太平洋寿险获知被保险人发生影响保险权益变动的信息或无法与被保险人（或受益人）取得联系时，有权暂停给付保险金。领取期间若发生影响给付保险金的事由，申请人（或投保人、受益人）应及时告知太平洋寿险，因延迟通知造成多支付的保险金，太平洋寿险有权追回。
- 4、 生存金受益人为未成年人时，可由其法定监护人代为授权至 18 周岁生日前一日，满 18 周岁后须生存金受益人本人重新授权。因生存金受益人本人未及时授权导致的生存金转账支付纠纷由生存金受益人本人承担。
- 5、 如保险合同发生生存金受益人更换、受益人数增减、受益比例或顺序变更、受益人资料变更，且变更的内容足以影响太平洋寿险确定生存保险金给付对象时，太平洋寿险将终止原授权方式，待生存金受益人重新确定。
- 6、 申请人欲终止授权或变更授权账户时，须在下期保险金应给付日之前 7 个工作日递交书面申请并经太平洋寿险同意。本授权书将持续有效至出现以下情况时自动终止效力：
(1) 申请人申请终止授权； (2) 账户终止； (3) 保险合同效力终止； (4) 生存金受益人变更。
- 7、 符合保险合同约定给付条件的，太平洋寿险承诺在应付日后的 7 个工作日内转账支付。
- 8、 申请人同意保险责任履行完毕后保险合同终止，保单正本作废。

续期保险费银行转账交款授权客户须知

- 1、 账户所有人同意授权太平洋寿险及开户银行从被授权银行结算账户内划扣指定保险合同的各期应交保险费。账户所有人同意该授权账户中所扣交保险费优先于其他任何用途的支付。各期应交保险费及交纳日期以保险合同或其相关组成部分的约定为准。
- 2、 账户所有人同意在保险费应交日前将足额保险费存至授权账户，以保证各期保险费正常交纳。若因账户内余额不足等任何非太平洋寿险原因导致转账不成功，相关责任由投保人承担。
- 3、 交款人或投保人欲终止授权或变更授权账户、联系地址时，须提前一个月向太平洋寿险递交书面通知。本授权书将持续有效直至出现以下情况之一时自动终止效力：
(1) 保险合同交费期满； (2) 交款人申请终止授权； (3) 账户终止； (4) 保险合同效力终止。

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 职业变更 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、 委托人已仔细阅读并同意客户须知和声明内容，并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： <u>身份证</u>	证件号码	<u>1 1 0 1 2 3 1 9 5 3 0 9 2 7 6 5 4 3</u>	联系电话： <u>65342111</u>
联系地址： <u>北京市朝阳区 225 号 302 室</u>	邮政编码： <u>100001</u>		
委托人（签名）： <u>王飞</u>	日期： <u>2013 年 01 月 15 日</u>		
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： <u>中国</u>	证件类型： <u>身份证</u>	证件号码	<u>1 1 0 1 2 3 1 9 5 5 0 6 2 5 1 2 2 5</u>
联系地址： <u>北京市朝阳区 100 号 501 室</u>	邮政编码： <u>100001</u>		联系电话： <u>65432220</u>
服务人员代码（受托人为服务人员时填写）： <u>BEJZA080</u>	受托人（签名）： <u>张军</u>	日期： <u>2013 年 01 月 15 日</u>	

