

## 保险合同变更申请书（补退费类）

<b>说明：</b> 1. 请选择您要办理变更的项目，然后用黑色钢笔或黑色签字笔在变更项目前的□内打√，并正楷填写需变更的内容。 2. 为维护您的权益，如您的地址、电话等个人信息发生变化，请及时拨打服务热线4008003003或通过官方微信等其他方式办理变更。						
保单号码：	投保人：	被保险人：	申请日期： 年 月 日			
申请类型	<input type="checkbox"/> 资格人本人亲办 <input type="checkbox"/> 委托服务人员代办 <input type="checkbox"/> 委托其他人代办 <input type="checkbox"/> 快递 <input type="checkbox"/> 其他_____					
*您是否仅为中国税收居民	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（若否，请补充填写《个人所得税居民身份声明文件》）    *：当申请项目为第1/13项时需勾选					
□1. *生日性别更正 （仅被保险人）	生日：____年__月__日	性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	证件类型：			
	证件号码：		证件有效期：_____至_____			
□2. 职业变更 （仅被保险人）	职业变更时间：	原因：				
	变更后职业：	变更后职业代码：				
□3. 补充告知	告知对象： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人    告知事项起点时间：____年__月__日 告知原因： <input type="checkbox"/> 投保时未如实告知 <input type="checkbox"/> 保全项目中未如实告知 <input type="checkbox"/> 其他_____					
□4. 复效	<input type="checkbox"/> 全额复效 <input type="checkbox"/> 仅偿还欠交保费及利息复效 <input type="checkbox"/> 其他_____					
□5. 贷款清偿	<input type="checkbox"/> 清偿全部贷款本金及利息 <input type="checkbox"/> 清偿贷款本金及利息_____元 <input type="checkbox"/> 清偿全部利息_____元					
□6. 追加保费	追加账户_____		追加金额_____元			
	提示：1. 申请追加保费时可能收取初始费用，具体以保险条款约定为准。 2. 申请追加保费的最大额度、最低金额需满足本产品相关规则要求。					
□7. 部分领取	领取账户_____		领取金额_____元			
	提示：1. 申请部分领取个人账户价值时可能收取手续费。收取的手续费直接从给付的部分领取金额中扣除，手续费率以保险条款约定为准。 2. 申请部分领取的最大限额、最低金额、部分领取后账户的余额需满足本产品相关规则要求。					
□8. 万能账户抵交保费	抵交万能险种名称：		<input type="checkbox"/> 抵交下一年续期保费 <input type="checkbox"/> 抵交后续年度续期保费 <input type="checkbox"/> 取消抵交			
	被抵交保单号	主险名称	抵交顺序			
提示：1. 抵交保费时可能收取手续费，具体收取手续费率参照保险条款中约定的部分领取手续费率。 2. 只有在万能账户金额抵交续期保费后账户价值不低于1000元时，才能成功抵交续期保费，若账户金额不足仍需您通过个人银行账户交纳续期保费。						
□9. 减保 □10. 新增附约 □11. 终止附约 （只填写需变更的险种信息）	申请减保或终止附约的原因：_____（勾选减保或终止附约时填写）					
	新增附约/终止附约时，根据不同产品，请确认险种责任生效日：					
	<input type="checkbox"/> 保单生效日		<input type="checkbox"/> 即时生效		<input type="checkbox"/> 上一个保单生效对应日	
	<input type="checkbox"/> 下一个保单生效对应日					
	险种名称	原保额/档次/份数	新保额/档次/份数	交费年期	保险期限	新增一年期含可续保责任险种请勾选
						<input type="checkbox"/> 到期自动续保 <input type="checkbox"/> 到期自动终止 <input type="checkbox"/> 到期自动续保 <input type="checkbox"/> 到期自动终止 <input type="checkbox"/> 到期自动续保 <input type="checkbox"/> 到期自动终止 <input type="checkbox"/> 到期自动续保 <input type="checkbox"/> 到期自动终止

<input type="checkbox"/> 12. 红利领取	<input type="checkbox"/> 领取全部保单红利及利息 <input type="checkbox"/> 领取保单红利及利息_____元
<input type="checkbox"/> 13. *生存保险金领取/满期给付	<input type="checkbox"/> 领取全部生存保险金及利息 <input type="checkbox"/> 领取生存保险金及利息_____元 <input type="checkbox"/> 满期给付
<input type="checkbox"/> 14. 保单余额账户退费	<input type="checkbox"/> 领取全部保单账户余额 <input type="checkbox"/> 领取保单账户余额_____元
<input type="checkbox"/> 15. 交费频率变更	<input type="checkbox"/> 月交 <input type="checkbox"/> 季交 <input type="checkbox"/> 半年交 <input type="checkbox"/> 年交
<input type="checkbox"/> 16. 交费期限变更	<input type="checkbox"/> 直接变更 <input type="checkbox"/> 先减保后变更
	申请_____险交费年期由____年变更为____年, _____险交费年期由____年变更为____年
<input type="checkbox"/> 17. 条件承保保单的重新核保	
<input type="checkbox"/> 18. 其他	

### 保险款项银行转账收付授权

投保人/被保险人（以下简称本人）自愿对财信吉祥人寿保险股份有限公司（以下简称贵公司）及开户银行授权如下：

- 本人确认授权账户为本人所有且真实可靠，授权账户是本人真实姓名开立结算账户，如有虚假，本人愿承担由此引起的一切法律责任。
  - 本人保证授权账户处于可转账状态，因账户挂失、冻结、账户余额不足、账户注销或其他原因导致转账不成功而引发的后果，概由本人承担。
- 授权银行转账账户信息如下：

开户银行：	银行账号：
账户名：	开户银行网点名称（ <b>网银支付时需填写</b> ）：

### 委托授权及签名确认

本人现委托\_\_\_\_\_（先生/女士）（证件类型\_\_\_\_\_证件号码\_\_\_\_\_）代办本申请书中保单下的\_\_\_\_\_事宜，由此产生的后果由本人自负，该委托自申请日起十日内有效。

授权人与受托人的关系： 父母     配偶     子女     公司服务人员     其他\_\_\_\_\_

**受托人声明：**受托人保证授权人的签名为亲笔签名，如有纠纷，受托人自愿承担相应责任；受托人在授权有效期内代为办理委托，严格遵循授权人的真实意愿，所实施的行为如超出授权范围，受托人自愿承担相应责任。

**（若委托他人代办请填写以上内容）**

#### 客户声明：

本人已阅读并理解保全申请的各项内容，且在申请的所有陈述和告知均完整、真实。如有隐瞒或不实告知，贵公司有权在法定期限内解除合同。贵公司采集客户信息特别是电话和地址的用途，包括但不限于计算保费、核保、寄送保单、客户回访、客户服务等。贵公司承诺未经本人同意，不会将客户信息用于人身保险公司和第三方机构的销售活动。针对投保人在保全过程中提交的未成年人信息，贵公司将按照法律法规要求，采取严格的信息安全管控措施，保障未成年人的信息安全与合法权益。

本人同意贵公司因业务需要搜集、计算机处理、传递本人之个人资料的权利。同意将投保人、被保险人或法定监护人、指定身故受益人身份信息（如姓名、证件类型、证件号码、电话等信息）共享至法律法规规定的保险实名查验登记系统或合法第三方信息认证机构，用于验证投保人、被保险人或法定监护人、指定身故受益人身份信息真实性。同意贵公司向司法及监管机构、有权机关、行业协会、中国银行保险信息技术管理有限公司（简称“中国银保信”）、再保公司报送本人的全部保单信息和保全信息。中国银保信基于为本人或保险公司提供服务的需要可对上述信息进行必要的使用及与相关机构进行信息共享，但均应严格履行保密义务。

投保人签名：	联系电话：	被保险人(或其法定监护人)签名：	联系电话：
--------	-------	------------------	-------

委托代办人签名：	联系电话：	业务员代码（业务员代办）：
----------	-------	---------------

其他说明事项：

### 保险公司填写栏

说明事项：

受理人员签名：\_\_\_\_\_ 受理日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日