

保险合同变更申请书（补退费类）

说明：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	☐ 资格人本人亲办 ☐ 委托服务人员代办 ☐ 委托其他人代办 ☐ 快递 ☐ 其他_____				
*您是否仅为中国税收居民	☐ 是 ☐ 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： ☐ 男 ☐ 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	告知内容： ☐ 投保人有关事项 ☐ 被保险人有关事项 告知事项起点时间：_____年____月____日 告知原因： ☐ 投保时未如实告知 ☐ 保全项目中未如实告知 ☐ 其他_____				
□4. 复效	☐ 全额复效_____ ☐ 仅偿还欠交保费及利息复效_____ ☐ 其他_____				
□5. 贷款清偿	☐ 清偿全部贷款本金及利息 ☐ 清偿贷款本金及利息_____元 ☐ 清偿全部利息_____元				
□6. 追加保费	追加账户_____ 追加金额_____元 提示：1. 申请追加保费时将可能收取初始费用，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将可能收取手续费。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：				
	☐ 抵交下一年续期保费 ☐ 抵交后续年度续期保费 ☐ 取消抵交				
	被抵交保单号	主险名称		抵交顺序	
提示：1. 抵交保费时将可能收取手续费，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：				
	☐ 保单生效日 ☐ 即时生效 ☐ 上一个保单生效对应日 ☐ 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
					☐ 到期自动续保 ☐ 到期自动终止
					☐ 到期自动续保 ☐ 到期自动终止
					☐ 到期自动续保 ☐ 到期自动终止
新增附约补充说明： ☐ 本人已收到本次新增产品的保险条款及产品说明书。 投保人签名：_____					
□12. 红利领取	☐ 领取全部保单红利及利息 ☐ 领取保单红利及利息_____元				
□13. *生存金领取/满期给付	☐ 领取全部生存保险金及利息 ☐ 领取生存保险金及利息_____元				☐ 满期给付

☐ 14. 保单余额账户退费	☐ 领取全部保单账户余额 ☐ 领取保单账户余额_____元		
☐ 15. 交费频率变更	☐ 月交 ☐ 季交 ☐ 半年交 ☐ 年交		
☐ 16. 交费期限变更	☐ 直接变更 ☐ 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		
☐ 17. 条件承保保单的重新核保			
☐ 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： 1. 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。 2. 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（网银支付时需填写）：	
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，对受托人签署的与代办事项有关的一切文本均予完全认可并同意遵守，由此产生的一切法律后果由本人承担，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，并不承担保险责任。本人知悉办理保全业务时必须提供的客户信息主要包括（ 不同保全项采集的信息存在差异，具体以业务办理时为准 ）：投保人、被保险人和指定身故受益人的姓名、性别、出生日期、国家/地区、证件类型、证件号码、证件有效期，投保人的职业、职业代码、联系电话、税收居民身份、工作单位、婚姻状况、联系地址、邮编、投保人与被保险人关系、财务及其他状况、有效身份证件影印件、转账授权银行、账号及影印件、生物识别信息，被保险人的职业、职业代码、工作单位、税收居民身份、联系地址、邮编、婚姻状况、经营主体类别、健康状况、财务及其他状况、有效身份证件影印件，被保险人或法定监护人生物识别信息、身份证件影印件，指定身故受益人的联系电话、职业、联系地址、邮编、有效身份证件影印件、与被保险人关系及其他保全业务所需的必要信息等，特定业务场景下还需要提供投保人的健康状况及体检信息、被保险人的体检信息、联系电话、投保人与被保险人的关系证明文件、法定监护人的姓名、性别、出生日期、国家/地区、证件类型、证件号码、证件有效期、联系电话及与被保险人的关系等，投保人可以提供电子邮箱，本人承诺如实详细提供。同时，本人已完全了解：如信息不真实不完整可能影响保费计算、核保和保单递送、保全业务办理，同时可能导致无法及时确认保全业务办理信息及保单权益；如果本人拒绝提供以上信息，贵公司无法继续提供相关服务以完成保全变更手续；贵公司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、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；投保人在办理保全业务过程中不采集未成年人生物识别信息，针对投保人在办理保全业务过程中提交的未成年人信息，贵公司将严格按照法律法规要求，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有搜集、计算机处理、传递本人之个人资料的权利。同意贵公司查阅、复制本人之相关医疗记录，病历及各类检查资料，授权本人就诊之医疗机构及保存有本人医疗证明的其他机构，提供本人医疗相关记录予贵公司及相关再保险公司。此授权内容的影印件具备同等效力。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、身份证件类型、证件号码、手机号码等信息），以及投保人、被保险人或法定监护人生物识别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。同意因保单打印服务需要将保单信息共享至保单打印外包合作商。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、理赔信息，通过医疗机构、中国银保信或指定的第三方合作机构核实提交信息真实性，核查获取与本人有关的承保、理赔、医疗等信息。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