

保险合同变更申请书（非补退费类）

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	☐ 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 1/4 项时需勾选									
□1. *客户基本资料变更 (只填写需要变更的内容)	□投保人 □被保险人 □受益人	姓名：		移动电话：		固定电话：				
		电子邮箱：		工作单位：						
		□联系地址：		省/自治区		市		区		□名下保单同时变更
		生日：_____年__月__日		性别：□男 □女		邮编：				
		国籍：		证件类型：		证件号码：				
		证件有效期：_____至_____		职业/职业代码：		/				
		其它项目：		变更内容：						
□2. 受益人变更	若重新指定身故受益人，请同时在第 1 项填写受益人国籍、职业、移动电话及联系地址									
	姓名	性别	出生日期	证件类型	证件号码	证件有效期	是被保险人的	受益顺序	受益比例	
						_____至_____				
						_____至_____				
						_____至_____				
□3. 保单交费账号变更	投保人名下所有保单是否同时变更（未选择默认为否） ☐ 是 ☐ 否									
	账户名：		开户银行：		银行账号：					
□4. *投保人变更 新投保人签名：_____	新投保人姓名：		生日：_____年__月__日		性别：□男 □女		国籍：			
	证件类型：		工作单位：		职业/职业代码： /					
	证件号码：		证件有效期：_____至_____							
	移动电话：		固定电话：		邮箱 EMAIL：					
	联系地址： 省/自治区		市		区				是被保险人的：	
	邮编：		投保人变更原因：		请在第 3 项填写账号变更信息					
	新投保人与原投保人声明：本人知悉并同意自此变更生效之日起，在本保险合同中新投保人与原投保人同等的权利义务，新投保人承接原投保人权益及义务；保险人对原投保人主张的权利可以对新投保人主张。									
	□同时变更被保险人监护人为新投保人		□同时变更被保险人监护人如下（请填写下方内容）							
	监护人姓名：		性别：□男 □女		生日：		国籍：		是被保险人的：	
	证件类型：		证件号码：		证件有效期_____至_____		电话号码：			
□5. 逾期未付处理方式变更	☐ 中止合同 ☐ 自动垫交									
□6. 保单补发	投保人声明：因_____原因，现申请保单补发，自保单补发之日起，原保单作废。 注：非首次打印纸质合同，需收取 10 元工本费/次。									
	补发类型： ☐ 电子保单，邮箱 EMAIL：_____ ☐ 纸质保单									
	账户名：		开户银行：		银行账号：					
□7. 生存金领取方式变更	变更后领取方式为： ☐ 累积生息 ☐ 抵交保费（仅支持红利） ☐ 现金领取 ☐ 转入万能账户 ☐ 其他：_____									
□8. 红利领取方式变更	投保人与被保险人声明：本人生存保险金或红利领取方式若选择转入指定万能账户，即视同约定产品各期生存金或红利转入该账户，转入该账户的生存保险金或红利由万能保险投保人按万能保险合同约定行使权力。									
□9. 生存金给付授权转账及变更	□申请给付转账授权		□申请变更给付转账授权账号		□申请取消生存金给付转账授权					
	账户名：		授权银行：		银行账号：					
□10. 生存金领取频率变更	☐ 月领转换年领 ☐ 年领转换月领									

□11. 签名变更	□投保人 □被保险人（或其法定监护人） 新签名样式_____ 本人声明：1. 今后凡涉及保险合同的一切签名均按以上提供的签名样式为准； 2. 原投保书及健康告知、财务及其他告知等资料中所填写的资料真实有效。	
	□投保人抄录语句，请投保人在本栏空白处亲笔抄录“ 本人已阅读保险条款、产品说明书和投保提示书，了解本产品的特点和保单利益的不确定性 ”	
□12. 保单挂失/挂失解除	□申请保单挂失，挂失原因：	□申请挂失解除
□13. 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. 本人同意授权贵公司和银行从转账授权账户中划扣保险合同约定的各期保险费，并知晓贵公司在保险合同撤销、失效或进入缓交期前定期划扣保险费，直至成功划扣；若变更授权账户或终止本授权，本人将在下一个保险费应交日至少十五日前书面通知贵公司，变更或终止前，本授权始终有效。（本项声明仅对交费账号变更项目有效）

2. 自本次保全申请生效之日起，授权贵公司将以以后各期续领款项，通过该授权账户返还。若需变更授权账户或终止本授权，本人将在下一个领取日至少十五日前书面通知贵公司，变更或终止之前，本授权始终有效。（本项声明仅对生存金给付授权转账及变更项目有效）

3. 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。

4. 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。

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均由本人承担，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