



保险合同变更申请书

营销员: _____ 营销员编号: _____

保险单号	投保人	身份证号码	□□□□□□□□□□□□□□□□
被保险人		身份证号码	□□□□□□□□□□□□□□□□

<input type="checkbox"/> 被保险人资料	姓名 出生日期	身份证号码 性别	□□□□□□□□□□□□□□□□ 电话
<input type="checkbox"/> 投保人(资料)	姓名 出生日期 与被保险人关系	身份证号码 性别 电话	□□□□□□□□□□□□□□□□ 电话 变更后的投保人签名:
<input type="checkbox"/> 受益人 生存受益人 身故受益人	姓名 与被保险人关系	身份证号码 受益比例	
<input type="checkbox"/> 行业工种 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人	行业	工种	职业代码
<input type="checkbox"/> 通讯地址	地址		邮编
<input type="checkbox"/> 保险计划 <input type="checkbox"/> 主险 <input type="checkbox"/> 附加险	险种	原保额	变更后的保额
<input type="checkbox"/> 交费期间	<input type="checkbox"/> 一年 <input type="checkbox"/> 五年 <input type="checkbox"/> 十年 <input type="checkbox"/> 十五年 <input type="checkbox"/> 二十年 <input type="checkbox"/> 三十年 <input type="checkbox"/> 交至 岁		
<input type="checkbox"/> 交费方式	<input type="checkbox"/> 一次交 <input type="checkbox"/> 年交 <input type="checkbox"/> 半年交 <input type="checkbox"/> 月交(限自动转帐)		
<input type="checkbox"/> 收费方式	<input type="checkbox"/> 直接收费 <input type="checkbox"/> 柜台收费 <input type="checkbox"/> 机构代收 <input type="checkbox"/> 自动转账 户名 活期存折号□□□□□□□□□□□□□□□□		
<input type="checkbox"/> 保险金领取方式	<input type="checkbox"/> 现金领取 <input type="checkbox"/> 抵交保险费 <input type="checkbox"/> 至 岁以年金 领		
<input type="checkbox"/> 自动垫交	<input type="checkbox"/> 同意自动垫交 <input type="checkbox"/> 不同意自动垫付		
<input type="checkbox"/> 利差领取方式	<input type="checkbox"/> 现金领取 <input type="checkbox"/> 累计领取 <input type="checkbox"/> 抵交保险费		
<input type="checkbox"/> 补发保单	申请补发原因: 此次为本人第 次申请补发。原保险单声明作废, 日后因遗失或损毁的保险单所发生的任何纠葛, 由本人负全部责任。 投保人签名:		
<input type="checkbox"/> 申请复效	原保险单生效日: 最后一次交费日: (须填写健康告知书) 此保险单曾 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 延期承保 <input type="checkbox"/> 加费承保 <input type="checkbox"/> 理赔 本人认可自复效生效日起重新计算除外责任期间。 投保人签名:		
<input type="checkbox"/> 解除合同:	<input type="checkbox"/> 十日内撤 <input type="checkbox"/> 十日后退	保单签收日期: 保险单生效日:	申请撤单日期: 最后一次交费日: 投保人签名:
是否发生过理赔 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
其它:			
被保险人:	年 月 日	投保人:	年 月 日
代办人:	年 月 日	身份证号码:	年 月 日
核保意见:	经办人意见: 经办人: 复核人:		