

保险合同变更申请书（变更版）



4420

1. 适用范围: 本申请书适用于投保人、被保险人等相关资格人申请保险合同内容变更时使用。
2. 填写说明: 请用蓝黑色、黑色钢笔(墨水笔)或碳素笔在变更项目前的□中打“√”,并填写具体信息。填写的内容不允许涂改,若发生涂改,本申请无效。签名前请再次核对申请内容,请勿在空白申请书上签名。
3. 请仔细阅读、理解申请书背面公司提示、转账授权及声明和客户信息使用授权及声明。

保险单号: _____ 客户号: _____ 投保人姓名: _____

01□ 账户信息变更	☐ 银行转账 ☐ 其他 _____																		
	☐ 变更账户信息 开户银行: ☐ 邮政储蓄银行 ☐ 其他 _____ 开户银行地址: _____ 省 / 自治区 / 直辖市 _____ 市 / 州 户名: _____ 账号: _____																		
02□ 客户信息变更 (仅填写变更内容) ☐ 投保人 ☐ 被保险人 是否仅为中国税收居民 ☐ 是 ☐ 否 若选否, 请另外填写《个人所得税居民身份声明文件》	姓名: _____ 性别: ☐ 男 ☐ 女 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 国籍: _____ 有效证件名称: _____ 证件号码: _____ 证件有效期: ☐ 长期 / 自 _____ 至 _____ 职业名称: _____ 职业代码: _____ 身高 (厘米): _____ 体重 (公斤): _____ 个人年收入 (元): _____ 婚姻状况: _____																		
	工作单位: _____ 邮政编码: _____ 通讯地址: _____ 省 / 自治区 / 直辖市 _____ 市 / 州 _____ 区 / 县 (详细地址, 请具体到室 / 号 / 组等)																		
	手机: _____ 固定电话: (区号) _____ - _____ 电子邮箱: _____																		
03□ 身故受益人变更 ☐ 身故受益人信息变更 受益人是否全部为中国税收居民 ☐ 是 ☐ 否 若选否, 请另外填写《个人所得税居民身份声明文件》	受益顺序	姓名	性别	出生日期	证件名称	证件号码 / 证件有效期	国籍	职业	受益份额	是被保险人的 / 是投保人的									
						☐ 长期 / 自 _____ 至 _____													
						☐ 长期 / 自 _____ 至 _____													
	通讯方式		受益人 1: 地址: _____ 电话: _____ 受益人 2: 地址: _____ 电话: _____																
04□ 红利领取方式转换	☐ 现金领取 ☐ 累积生息 ☐ 抵交保险费 ☐ 交清增额 ☐ 其他 _____																		
05□ 生存金领取形式变更	☐ 现金领取 ☐ 累积生息 ☐ 仅变更领取账号 ☐ 其他 _____ 开户银行: ☐ 邮政储蓄银行 ☐ 其他 _____ 开户银行地址: _____ 省 / 自治区 / 直辖市 _____ 市 / 州 户名: _____ 账号: _____																		
06□ 领取频率变更	☐ 一次性领取 ☐ 年领 ☐ 月领 ☐ 其他																		
07□ 生存金领取年龄变更	原领取年龄: _____ 周岁 变更后的领取年龄: _____ 周岁																		
08□ 保险单迁移 注: 请同时变更相关信息	迁出机构名称: _____ 迁入机构名称: _____ 迁入机构代码: <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
09□ 交费方式变更	☐ 月交 ☐ 季交 ☐ 半年交 ☐ 年交 (只可从频率高的交费方式变更为频率低的交费方式)																		
10□ 保费自动垫交	☐ 申请自动垫交 ☐ 取消自动垫交 (若已发生自动垫交, 请同时勾选自动垫交清偿)																		
	☐ 自动垫交清偿 清偿账户: ☐ 同保险费交费账户 ☐ 其他账户 (请同时填写 01 项) (如果逾期未扣款成功, 则本次自动垫交清偿申请视为自动撤销)																		
11□ 通知书寄送方式变更	☐ 纸质信函 ☐ 自行下载 ☐ 电子信函 电子邮箱: _____																		
12□ 保障方案变更	当前保障方案: _____ 变更后保障方案: _____																		
13□ 其他变更项目及说明																			

◆ 交接资料

☐ 保险合同原件 ☐ 投保人身份证件复印件 ☐ 被保险人身份证件复印件 ☐ 银行卡折复印件 ☐ 其他 _____

◆ 客户声明及签名

声明: 本人已仔细阅读申请书背面公司提示、转账授权及声明和客户信息使用授权及声明, 本人确认投保人、被保险人及受益人均同意相关声明和授权。

☐ 本人申请	☐ 委托他人代办		
投保人签名:	被保险人(或其法定监护人)签名:	继承人签名:	受托人签名:
联系电话:	联系电话:	联系电话:	联系电话:
签名日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日	签名日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日	签名日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日	签名日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

◆ 中介机构、保险公司填写

经办人声明: 本人保证上述申请严格按照中邮人寿保险股份有限公司 (以下简称“中邮保险”) 保全业务规定的相关要求, 由当事人本人亲自办理并亲笔签名。

保险中介机构经办人签名:	日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日	保险公司经办人签名:	日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日
--------------	-----------------------------	------------	-----------------------------

共二联

第一联

公司留存联

◆ 公司提示

1. 申请号码: 若只需对一份保险合同进行保全变更, 请填写该保险合同的保险单号; 若需同时对名下的所有保险合同进行变更, 请填写客户号; 本申请书允许使用客户号申请变更的保全项目有: 客户地址信息变更、客户重要资料变更。
2. 客户签名: 请投保人、被保险人务必亲自在签名处签署各自的姓名, **如被保险人为未成年人, 则由其监护人签署监护人的姓名, 不得代签, 否则本申请无效。**
3. 授权委托: 当需要委托其他人代为办理保全业务时, 请亲笔填写我公司的《授权委托书》或书写授权委托声明, 由受托人携带双方的身份证明文件原件至我公司办理保全业务; 委托办理的保全业务仅限于我公司允许的范围。

◆ 转账授权及声明

1. 本人授权中邮保险从交费账户划转续期保费及本次保全申请产生的收付费款项, 并保证此账户为本人真实姓名开立的结算账户。
2. **如因账户错误、注销、余额不足、户名与投保人姓名不符等账户原因或不符合中邮保险对转账账户要求(如开户银行不为中邮保险的指定银行或银行账户未开通转账业务等)造成划账不成功或划账错误的, 责任由本人承担。**
3. **如因授权账户失窃或冒领造成损失的, 责任由本人承担。**
4. **如因各种原因欲终止授权账户, 本人将及时通过书面或线上方式提出账户变更申请, 中邮保险在收到申请前按约定划转至授权账户的款项, 本人或生存金受益人视为已收到, 中邮保险无需承担由此引起的责任。**
5. 本人知晓申请事项须经中邮保险批准后生效, 其生效日以中邮保险出具的批单生效日为准。
6. 本人已仔细阅读、理解中邮保险提示并同意遵守。谨以此申请书作为保险合同变更要约, 望中邮保险同意依此办理上述变更事项。

◆ 客户信息使用授权及声明

根据中邮保险用户信息授权及个人信息保护政策(具体内容详见链接: <https://www.chinapost-life.com/bcp/bcp8/> 或扫描下方二维码查阅)的相关要求, 我们深知遵循合法、正当、必要和诚信原则处理您个人信息的重要性, 会尽力保护您的个人信息安全。请您阅读并同意下述协议:

1. 本人同意并授权中邮保险及因本次业务必要而委托的第三方办理本次保单服务业务需要收集使用本人提供的姓名、性别、身份证件类别、身份证件号码、出生日期、证件有效期、手机号、电子邮箱地址、职业名称、国籍、固定电话号码、通讯地址、邮政编码、关系证明等资料和信息。
2. 本人同意并授权中邮保险将本人因本次业务申请而提供的材料和信息, 应保险监管机构、行业协会、中国银保信、代理银行、经纪公司、代理公司、信托公司等必要合作方要求, 进行因反洗钱、司法查询、非居民金融账户涉税信息尽职调查等监管要求的数据传输和信息共享。本人确认, 本人提供的信息包括投保人、被保险人以及受益人的个人信息, 本人对前述人员的个人信息做出的授权, 均在本人签署本申请书前告知了相关个人并取得了符合法律法规要求的同意。
3. 本人同意中邮保险按其公司用户信息授权及个人信息保护政策的相关要求向我的设备发送电子邮件、短信、资讯或推送通知。
4. 本人同意并授权中邮保险在保险产品和服务的存续期限内使用前述个人信息, 直至本服务相关协议项下的权利义务全部终止或法律法规要求的终止期限, 以时间较晚为准。超出必要期限后, 中邮保险将及时对本人的个人信息进行删除或匿名化处理。
5. 本人承诺所提供的资料和信息真实有效, 因本人提供的资料或信息不真实而造成的损失由本人承担相关责任。
6. 本授权及声明自本人在本申请书签字之日起即产生独立的法律效力, 不受保险合同成立与否和效力状态变化的影响。



保险合同变更申请书（变更版）



4420

1. 适用范围: 本申请书适用于投保人、被保险人等相关资格人申请保险合同内容变更时使用。
2. 填写说明: 请用蓝黑色、黑色钢笔(墨水笔)或碳素笔在变更项目前的□中打“√”,并填写具体信息。填写的内容不允许涂改,若发生涂改,本申请无效。签名前请再次核对申请内容,请勿在空白申请书上签名。
3. 请仔细阅读、理解申请书背面公司提示、转账授权及声明和客户信息使用授权及声明。

保险单号: _____ 客户号: _____ 投保人姓名: _____

01□ 账户信息变更	☐ 银行转账 ☐ 其他 _____										
	☐ 变更账户信息 开户银行: ☐ 邮政储蓄银行 ☐ 其他 _____ 开户银行地址: _____ 省 / 自治区 / 直辖市 _____ 市 / 州 户名: _____ 账号: _____										
02□ 客户信息变更 (仅填写变更内容) ☐ 投保人 ☐ 被保险人 是否仅为中国税收居民 ☐ 是 ☐ 否 若选否, 请另外填写《个人所得税居民身份声明文件》	姓名: _____ 性别: ☐ 男 ☐ 女 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 国籍: _____ 有效证件名称: _____ 证件号码: _____ 证件有效期: ☐ 长期 / 自 _____ 至 _____ 职业名称: _____ 职业代码: _____ 身高 (厘米): _____ 体重 (公斤): _____ 个人年收入 (元): _____ 婚姻状况: _____										
	工作单位: _____ 邮政编码: _____ 通讯地址: _____ 省 / 自治区 / 直辖市 _____ 市 / 州 _____ 区 / 县 (详细地址, 请具体到室 / 号 / 组等)										
	手机: _____ 固定电话: (区号) _____ - _____ 电子邮箱: _____										
03□ 身故受益人变更 ☐ 身故受益人信息变更 受益人是否全部为中国税收居民 ☐ 是 ☐ 否 若选否, 请另外填写《个人所得税居民身份声明文件》	受益顺序	姓名	性别	出生日期	证件名称	证件号码 / 证件有效期	国籍	职业	受益份额	是被保险人的 / 是投保人的	
						☐ 长期 / 自 _____ 至 _____					
						☐ 长期 / 自 _____ 至 _____					
	通讯方式		受益人 1: 地址: _____ 电话: _____ 受益人 2: 地址: _____ 电话: _____								
04□ 红利领取方式转换	☐ 现金领取 ☐ 累积生息 ☐ 抵交保险费 ☐ 交清增额 ☐ 其他 _____										
05□ 生存金领取形式变更	☐ 现金领取 ☐ 累积生息 ☐ 仅变更领取账号 ☐ 其他 _____ 开户银行: ☐ 邮政储蓄银行 ☐ 其他 _____ 开户银行地址: _____ 省 / 自治区 / 直辖市 _____ 市 / 州 户名: _____ 账号: _____										
06□ 领取频率变更	☐ 一次性领取 ☐ 年领 ☐ 月领 ☐ 其他										
07□ 生存金领取年龄变更	原领取年龄: _____ 周岁 变更后的领取年龄: _____ 周岁										
08□ 保险单迁移 注: 请同时变更相关信息	迁出机构名称: _____ 迁入机构名称: _____ 迁入机构代码:										
09□ 交费方式变更	☐ 月交 ☐ 季交 ☐ 半年交 ☐ 年交 (只可从频率高的交费方式变更为频率低的交费方式)										
10□ 保费自动垫交	☐ 申请自动垫交 ☐ 取消自动垫交 (若已发生自动垫交, 请同时勾选自动垫交清偿)										
	☐ 自动垫交清偿 清偿账户: ☐ 同保险费交费账户 ☐ 其他账户 (请同时填写 01 项) (如果逾期未扣款成功, 则本次自动垫交清偿申请视为自动撤销)										
11□ 通知书寄送方式变更	☐ 纸质信函 ☐ 自行下载 ☐ 电子信函 电子邮箱: _____										
12□ 保障方案变更	当前保障方案: _____ 变更后保障方案: _____										
13□ 其他变更项目及说明											

◆ 交接资料

☐ 保险合同原件 ☐ 投保人身份证件复印件 ☐ 被保险人身份证件复印件 ☐ 银行卡折复印件 ☐ 其他 _____

◆ 客户声明及签名

声明: 本人已仔细阅读申请书背面公司提示、转账授权及声明和客户信息使用授权及声明, 本人确认投保人、被保险人及受益人均同意相关声明和授权。

☐ 本人申请 ☐ 委托他人代办

投保人签名: _____ 被保险人(或其法定监护人)签名: _____ 继承人签名: _____ 受托人签名: _____

联系电话: _____ 联系电话: _____ 联系电话: _____ 联系电话: _____

签名日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 签名日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 签名日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 签名日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

◆ 中介机构、保险公司填写

经办人声明: 本人保证上述申请严格按照中邮人寿保险股份有限公司 (以下简称“中邮保险”) 保全业务规定的相关要求, 由当事人本人亲自办理并亲笔签名。

保险中介机构经办人签名: _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 保险公司经办人签名: _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

共二联

第一联

客户留存联

◆ 公司提示

1. 申请号码: 若只需对一份保险合同进行保全变更, 请填写该保险合同的保险单号; 若需同时对名下的所有保险合同进行变更, 请填写客户号; 本申请书允许使用客户号申请变更的保全项目有: 客户地址信息变更、客户重要资料变更。
2. 客户签名: 请投保人、被保险人务必亲自在签名处签署各自的姓名, **如被保险人为未成年人, 则由其监护人签署监护人的姓名, 不得代签, 否则本申请无效。**
3. 授权委托: 当需要委托其他人代为办理保全业务时, 请亲笔填写我公司的《授权委托书》或书写授权委托声明, 由受托人携带双方的身份证明文件原件至我公司办理保全业务; 委托办理的保全业务仅限于我公司允许的范围。

◆ 转账授权及声明

1. 本人授权中邮保险从交费账户划转续期保费及本次保全申请产生的收付费款项, 并保证此账户为本人真实姓名开立的结算账户。
2. **如因账户错误、注销、余额不足、户名与投保人姓名不符等账户原因或不符合中邮保险对转账账户要求(如开户银行不为中邮保险的指定银行或银行账户未开通转账业务等)造成划账不成功或划账错误的, 责任由本人承担。**
3. **如因授权账户失窃或冒领造成损失的, 责任由本人承担。**
4. **如因各种原因欲终止授权账户, 本人将及时通过书面或线上方式提出账户变更申请, 中邮保险在收到申请前按约定划转至授权账户的款项, 本人或生存金受益人视为已收到, 中邮保险无需承担由此引起的责任。**
5. 本人知晓申请事项须经中邮保险批准后生效, 其生效日以中邮保险出具的批单生效日为准。
6. 本人已仔细阅读、理解中邮保险提示并同意遵守。谨以此申请书作为保险合同变更要约, 望中邮保险同意依此办理上述变更事项。

◆ 客户信息使用授权及声明

根据中邮保险用户信息授权及个人信息保护政策 (具体内容详见链接: <https://www.chinapost-life.com/bcp/bcp8/> 或扫描下方二维码查阅) 的相关要求, 我们深知遵循合法、正当、必要和诚信原则处理您个人信息的重要性, 会尽力保护您的个人信息安全。请您阅读并同意下述协议:

1. 本人同意并授权中邮保险及因本次业务必要而委托的第三方办理本次保单服务业务需要收集使用本人提供的姓名、性别、身份证件类别、身份证件号码、出生日期、证件有效期、手机号、电子邮箱地址、职业名称、国籍、固定电话号码、通讯地址、邮政编码、关系证明等资料和信息。
2. 本人同意并授权中邮保险将本人因本次业务申请而提供的材料和信息, 应保险监管机构、行业协会、中国银保信、代理银行、经纪公司、代理公司、信托公司等必要合作方要求, 进行因反洗钱、司法查询、非居民金融账户涉税信息尽职调查等监管要求的数据传输和信息共享。本人确认, 本人提供的信息包括投保人、被保险人以及受益人的个人信息, 本人对前述人员的个人信息做出的授权, 均在本人签署本申请书前告知了相关个人并取得了符合法律法规要求的同意。
3. 本人同意中邮保险按其公司用户信息授权及个人信息保护政策的相关要求向我的设备发送电子邮件、短信、资讯或推送通知。
4. 本人同意并授权中邮保险在保险产品和服务的存续期限内使用前述个人信息, 直至本服务相关协议项下的权利义务全部终止或法律法规要求的终止期限, 以时间较晚为准。超出必要期限后, 中邮保险将及时对本人的个人信息进行删除或匿名化处理。
5. 本人承诺所提供的资料和信息真实有效, 因本人提供的资料或信息不真实而造成的损失由本人承担相关责任。
6. 本授权及声明自本人在本申请书签字之日起即产生独立的法律效力, 不受保险合同成立与否和效力状态变化的影响。

