

## 投保人变更申请书

保险合同号码		申请日期	
投保人		被保险人	
原投保人联系电话★		新投保人联系电话★	
保全申请类型	<input type="checkbox"/> 客户亲办 <input type="checkbox"/> 委托他人办理    代办人(签名): _____ 保险代理人员工号: _____ <span style="color: red;">注: 1、委托他人办理请同时提供《授权委托书》及受托人有效身份证件。                  2、代办人为保险代理人员时, 请同时填写“保险代理人员工号”。</span>		
<b>填写说明: 请仔细阅读填写须知, 请用黑色水笔在项目前□打勾, 且正确填写申请内容。请同时填写《保单变更服务告知书》。</b>			
请选择投保人变更原因: <input type="checkbox"/> 更换投保人 <input type="checkbox"/> 原投保人身故 <span style="color: red;">(注: 选择原投保人身故请同时填写申请书反面“原投保人身故继承声明”)</span>			
请填写以下新投保人信息:			
姓名		性别	
		出生日期	
证件类型	<input type="radio"/> 身份证 <input type="radio"/> 其他 _____	证件号码	
联系地址	省/自治区    市    区/县		邮编
固定电话		移动电话	E-MAIL
职业名称		职业代码	职业类别
年收入金额(元)		收入来源	
涉及续期交费的请填写以下新投保人续期交费账户信息:			
账户持有人姓名		开户银行网点名称	
银行结算账号			
<b>续期保险费转账支付授权须知</b>			
一、 账户持有人须以投保人本人真实姓名开立结算账户, 并自愿授权本公司使用指定银行结算账户(以下简称授权账户)用于续期保险费转账扣款。 二、 该授权账户中所扣交的续期保险费优先于其他任何用途的支付。 三、 在续期保险费采用转账支付的方式下, 账户所有人应在保险费应交日前将足额保险费存至该授权账户中, 如在应交日前未将保险费存入账户, 投保人应在保单宽限期内通过其他方式交纳续期保险费。因授权账户错误、账户注销、账户金额不足或者授权账户不符合本公司对授权账户要求而导致转账不成功, 由此而产生的责任由投保人承担。 四、 如果使用信用卡转账, 需符合银行关于信用卡的使用规定, 我公司不承担非本公司原因导致的信用卡方面问题而产生的任何费用。如为信用卡转账而产生的退费需按银行规定退回原信用卡账户。			
<b>若本次投保人变更产生补退费, 请填写以下保险款项转账授权信息: 注: 请填写原投保人作为账户持有人的账户信息。</b>			
账户持有人姓名		开户银行网点名称	
银行结算账号			
<b>保险款项转账收付授权客户须知</b>			
一、 本人同意授权银行按照保险公司提供的金额将保险合同的保费、红利、年金、生存保险金等保险款项进行转账支付或领取。若本人对转账的保险款项有疑问时, 应及时向保险公司查询。 二、 账户所有人须以本人真实姓名开立结算账户, 并自愿授权本公司使用指定银行结算账户(以下简称授权账户)用于保险款项转账收付。 三、 如果因授权人提供的授权账户错误、账户注销、账户余额不足或者不符合本公司对授权账户的要求而导致转账不成功, 本公司无须承担由此引起的责任。 四、 申请事项存在退费的, 如果申请人提供的账户为他人所有, 本公司视同申请人可以从该账户中取得该笔款项, 由此引起的纠纷, 由申请人自行承担。 五、 本公司不对该授权账户的失窃或冒领承担责任。			
<b>《保全变更申请书》填写须知</b>			
一、 您所申请的变更项目, 经国华人寿保险股份有限公司(以下简称本公司)审核同意后生效, 生效日期以批单所载日期为准。 二、 请保持申请书签名与留存于本公司的签名样本一致。为维护您的权益, 请勿在空白申请书上签名。 三、 如果您填写了保险款项转账授权, 请仔细阅读保险款项转账收付授权客户须知。			
<b>申请人声明和签名: 1、本人已经仔细阅读并同意客户须知; 2、客户信息使用声明: 本人所提供的全部个人资料, 仅限于国华人寿保险股份有限公司保全业务所需之用。国华人寿保险股份有限公司对本人的个人信息负有保密义务。</b>			
投保人签名	被保险人或其监护人签名	新投保人签名	
以下部分由公司受理人员填写:			
受理人员签章	受理日期 (年-月-日)	备注	

## 原投保人身故继承声明

因编号为\_\_\_\_\_保险合同的投保人\_\_\_\_\_（证件号码为\_\_\_\_\_）于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日身故，现提出变更投保人。

保险合同相关权益的继承方式为：法定继承 遗嘱继承

请填写以下法定/遗嘱继承人信息：

与原投保人关系	姓名	性别	出生日期	证件类型	证件号码
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女					
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女					
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女					
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女					
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女					
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女					
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女					
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女					

注 1：如果法定/遗嘱继承人中有一位或多位已身故，需在声明中作出说明。

注 2：如果继承方式为遗嘱继承，必须提供公证遗嘱或者经所有法定继承人签字认可的遗嘱原件。

以上法定/遗嘱继承人同意由\_\_\_\_\_（证件号码为\_\_\_\_\_）成为编号为\_\_\_\_\_保险合同的新投保人，其他法定/遗嘱继承人同意放弃保险合同的相关权益。

被保险人同意更换投保人，并同意由以上指定的新投保人继续享有保险合同权利，履行保险合同义务。

所有法定/遗书继承人确认签名：