



收件章



申请日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

申请人声明：同意变更生效日以富德生命人寿保险股份有限公司出具的批单生效日为准。变更申请书中所有陈述均属真实并亲笔签名。请用黑色钢笔或签字笔填写，填写前请仔细阅读申请书下面的客户须知。

投保人声明：自保险单补发之日起，原保险单作废。													
1□保单补发（27）	补发原因：□投保人补发 □代理人补发 □更换合同 补发原因描述_____ 保单领取方式： □邮寄 （保单将寄往您的保单联系地址） □自行领取												
2□犹豫期撤销（1）	□整单 □附加险/可选责任（险种名称：_____） 注：该项变更仅限于有犹豫期撤销条款的险种。 申请原因：1□经济原因 2□险种不理想 3□服务不理想 4□业务员不实告知 5□其它：_____												
3□退保（2）	□整单 □附加险/可选责任（险种名称：_____） 申请退保原因：1□经济原因 2□险种不理想 3□服务不理想 4□业务员不实告知 5□其它：_____ □退保转新单 新单投保单号：_____												
4□保单还款（9）	□ 全额还款 □ 部分还款 人民币（大写）____佰____拾____万____仟____佰____拾____元____角____分 (¥ 元) 1 □按贷款先后顺序依次还款 2 □按保全号填写次序还款_____ 注：还款利息的计算截止日以本公司收到您的书面申请为准，每次部分还款金额不得低于500元。												
5□减保（4）	<table border="1"><thead><tr><th>险种名称/险种责任（险种责任仅团险个单需填写）</th><th>变更后基本保额</th><th>变更后基本保费</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table> 注：保险金额中基本保险金额和累积红利保险金额同比例减少，主险和附加险保险金额有搭配比例要求的，附加险应同时办理减保。	险种名称/险种责任（险种责任仅团险个单需填写）	变更后基本保额	变更后基本保费									
险种名称/险种责任（险种责任仅团险个单需填写）	变更后基本保额	变更后基本保费											
6□红利领取（11）	□转账领取 人民币（大写）____佰____拾____万____仟____佰____拾____元____角____分 (¥ 元) □转账领取授权 注：请填写以下授权银行转账信息，并提供存折或银行卡复印件。 （开户银行：_____省_____市_____银行_____分行 _____支行 账户持有人：_____ 银行账号：_____）												
7□续期保费退费（17）	人民币（大写）____佰____拾____万____仟____佰____拾____元____角____分 (¥ 元) 续期保费退费原因：□误扣款 □扣款后要求退费 □重复收费退费 □其他_____												
8□生存保险金领取（10）	□生存金 □满期金 □年金 □剩余养老金 生存金受益人与投保人关系为：_____ □转账领取 人民币（大写）____佰____拾____万____仟____佰____拾____元____角____分 (¥ 元) □转账领取授权 （申请满期转账授权，保单保障期满并向客户支付满期金后，保单自动作废） 注：请填写以下授权银行转账信息，并提供存折或银行卡复印件。 （开户银行：_____省_____市_____银行_____分行 _____支行 账户持有人：_____ 银行账号：_____） □生存金累积生息 □生存金抵交本单续期保费 □生存金转续期保费 □生存金转投保单暂收余额 （转入的保单/投保单中的投保人或被保险人须与本保单生存金受益人为同一人，且生存金受益人（或其法定监护人）须在保险金受益人处签名确认） 转款金额：_____元 转入保单：□本单 □其它保单/新投保单号：_____												
9□交费频次变更（13）	□年交 □半年交 □季交 □月交												

10 <input type="checkbox"/> 保险金转换年金 (34)	转换险种名称: _____ <input type="checkbox"/> 原保单被保险人 <input type="checkbox"/> 新被保险人 (请同时填写《更换人员告知书》) 转款金额: _____ 是被保险人的(关系): _____ 领取方式: _____ 领取期限: _____ 领取频次: _____		
11 <input type="checkbox"/> 保全收付款方式调整 (33)	原保全号 _____ <input type="checkbox"/> 现金 (如当地监管部门要求不得采用现金领取方式的, 本公司仅支持银行转账方式支付) <input type="checkbox"/> 银行转账 (请同时填写下栏的授权银行转账信息) 银行卡类型 <input type="checkbox"/> 信用卡 <input type="checkbox"/> 卡 <input type="checkbox"/> 存折 (仅电销渠道需勾选)		
备注说明栏: 本人确认已了解应退金额: 人民币 ¥ _____ 元 投连应领单位数 (仅限投连险): _____ 签名确认: _____			
若委托他人代办请填写以下内容: 现委托 _____ 先生/女士 (有效证件号码: _____) 前往贵公司办理有关本保单申请项下 _____ 变更事宜, 本委托授权有效期为 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日。(委托授权期间不得超过 20 天, 逾期或超过 20 天本公司将不予受理该委托)			
受理资料	保险合同原件 () 份 监护关系证明 () 份 其他 () 份 _____		
	投保人有效证件复印件 () 份 <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军人证 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
	被保险人有效证件复印件 () 份 <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军人证 <input type="checkbox"/> 户口簿 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
	受益人有效证件复印件 () 份 <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军人证 <input type="checkbox"/> 户口簿 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
	代办人有效证件复印件 () 份 <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军人证 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
存折/银行卡复印件 () 份 账户持有人: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 申请资格人监护人			
授权银行转账信息			
如果本次保全申请涉及收付费, 本公司将通过银行转账的方式支付或收取。请确定转账账户为: 1 <input type="checkbox"/> 原交费账户 2 <input type="checkbox"/> 其它账户 如果您选择其它账户, 请同时填写账户信息, 并提供存折或银行卡复印件: 开户银行: _____ 省 _____ 市 _____ 银行 _____ 分行 _____ 支行 账户持有人: _____ 银行账号: _____ <small>注: 填写本栏视为投保人和被保险人均已详细阅读并同意申请书下方的“客户须知”内容。</small>			
申请类型: 1 <input type="checkbox"/> 本人申请 2 <input type="checkbox"/> 委托代办 3 <input type="checkbox"/> 代审 4 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <small>注: 如果以上申请项目中, 存在部分或全部申请项目不符合本公司作业要求的, 本公司有权撤销不符合作业要求的申请, 但其它申请事项不受影响。</small>			
<small>注: 您在以下签名栏中签名, 本公司将视为您已详细阅读并同意申请书下方的客户须知内容。</small>			
投保人签名: _____		联系电话: _____	签署日期: _____
被保险人(或其法定监护人)签名: _____		联系电话: _____	签署日期: _____
新投保人签名: _____		联系电话: _____	签署日期: _____
保险金受益人(或其法定监护人)签名: _____		联系电话: _____	签署日期: _____
代办人签名: _____		联系电话: _____	
批单领取方式: <input type="checkbox"/> 自行领取 <input type="checkbox"/> 邮寄 (批单将寄往您的保单联系地址, 若地址发生变化, 请先申请联系方式变更)			
受理渠道	<input type="checkbox"/> 分/支公司柜面 <input type="checkbox"/> 四级机构服务部柜面 <input type="checkbox"/> 银行柜面 <input type="checkbox"/> 经代公司柜面 <input type="checkbox"/> 银代客户经理		
	<input type="checkbox"/> 续期服务人员 <input type="checkbox"/> 个险营销员 <input type="checkbox"/> 团险业务员		
	经办人员签名: _____ 日期: _____ 联系电话: _____ 备注: _____ 代审人编号/网点代码: _____ <small>注: 若为代理人/客户经理代审, 请同时填写其编号。银代、经代柜面代审, 请同时填写网点编码。</small>		

客户须知

1. 银行账户须以您本人的真实姓名开立，并自愿授权富德生命人寿保险股份有限公司（以下简称本公司）使用指定银行账户（以下简称授权账户）用于保险款项转账收付；
2. 如果因授权账户错误、账户注销或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，本公司无须承担由此引起的责任；
3. 如果申请事项存在退费，我司可能向该授权账户划入相关款项。请妥善保管您提供的账户，因账户管理问题产生的损失，将由您自行承担。
4. 本公司不对该授权账户的失窃或冒领承担责任；
5. 如果您申请的变更项目中，存在部分或全部申请项目不符合法律规定或者保险合同约定，则该部分或全部申请项目无效。
6. 本公司按规定进行客户退费回访工作，一般通过电话形式进行，为确保您的权益得到保障，请对回访问题如实答复。
7. 如您持有的是网络销售的保单，自本公司同意整单犹豫期撤销、退保之日起保单效力即时终止；保单保障期满并向客户支付满期金后，保单效力即时终止。
8. 如果以上申请项目中，存在部分或全部申请项目不符合本公司作业要求的，本公司有权撤销不符合作业要求的申请，但其它申请事项不受影响。
9. 委托他人代办仅适用于可以委托代办的保全项目，且授权人须为我司规定的可办理此项保全业务的资格人。为了维护您的合法权益，我们建议您亲自前往本公司办理保全业务。委托代办会有一定风险，如果您已经在本申请书委托部分签字，我们将认为您已经了解委托代办可能产生的风险，并准备承担由此带来的损失。
10. 委托授权期间不得超过 20 天。若逾期或超过 20 天本公司将不受理该委托。
11. 如您的联系方式、缴费账户、姓名、出生日期、投保被保险人证件类型、证件号码、地址、国籍、职业等个人信息发生变更，请及时联系我司为您办理变更手续。