

## 基本资料变更申请书

保险合同编号: _____	投保人: _____	本公司受理签章: _____
---------------	------------	----------------

**申请事项:** (请在申请事项前的方格内打“√”, 并填写变更后的内容, 如需详述, 请在“其它”栏补充说明。请同时阅读申请书背面应备文件一览表)

01 <input type="checkbox"/> 变更通讯信息 同时变更投保人名下所有保单信息	电子邮箱: _____ @ _____ (填此邮箱表示您同意接受电子信函服务) 通讯地址: _____ 省/直辖市 _____ 市 _____ 区/县 _____ 邮政编码: _____ 手机号码: _____ 是否接受短信服务 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																												
02 <input type="checkbox"/> 变更客户资料 1. 请同时填写申请书下方个人税收居民身份声明 2. 如办理姓名变更, 请同时办理05项变更签名	变更对象: <input type="checkbox"/> 1. 投保人 <input type="checkbox"/> 2. 被保险人 <input type="checkbox"/> 3. 受益人 姓名(必填): _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 _____ 证件有效期至: _____ 年 _____ 月 _____ 日 国籍: _____ 证件号码: _____ 若您在我司还有作为投保人、被保险人及受益人角色的保单, 本次变更亦同时适用于其他保单。																												
03 <input type="checkbox"/> 变更投保人 1. 请同时填写申请书下方个人税收居民身份声明 2. 请同时办理01项变更 3. 请提供新投保人签名:	<b>新投保人姓名:</b> _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 与被保险人关系: _____ 证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 _____ 证件有效期至: _____ 年 _____ 月 _____ 日 国籍: _____ 证件号码: _____																												
04 <input type="checkbox"/> 变更受益人 如变更满期受益人, 请同时办理05项变更签名 变更对象: <input type="checkbox"/> 1. 身故受益人 <input type="checkbox"/> 2. 满期受益人	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>姓名</th> <th>性别</th> <th>出生日期</th> <th>国籍</th> <th>与被保险人关系</th> <th>受益比例</th> <th>受益顺序</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____ 年 _____ 月 _____ 日</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> 证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 _____ 证件有效期至: _____ 证件号码: _____ 通讯地址: _____ 联系电话: _____ 职业: _____ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>姓名</th> <th>性别</th> <th>出生日期</th> <th>国籍</th> <th>与被保险人关系</th> <th>受益比例</th> <th>受益顺序</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____ 年 _____ 月 _____ 日</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> 证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 _____ 证件有效期至: _____ 证件号码: _____ 通讯地址: _____ 联系电话: _____ 职业: _____	姓名	性别	出生日期	国籍	与被保险人关系	受益比例	受益顺序	_____	_____	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____	_____	_____	_____	姓名	性别	出生日期	国籍	与被保险人关系	受益比例	受益顺序	_____	_____	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____	_____	_____	_____
姓名	性别	出生日期	国籍	与被保险人关系	受益比例	受益顺序																							
_____	_____	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____	_____	_____	_____																							
姓名	性别	出生日期	国籍	与被保险人关系	受益比例	受益顺序																							
_____	_____	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____	_____	_____	_____																							
05 <input type="checkbox"/> 变更签名 请提供新签名样本:	变更对象: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人/监护人 <input type="checkbox"/> 受益人 变更类型: <input type="checkbox"/> 变更签名样式 此项申请书下方签名处需提供原签名风格 <input type="checkbox"/> 更正代签名 <input type="checkbox"/> 补充签名样式 此两项提供的新签名与申请书下方签名处一致 变更原因: _____																												
06 <input type="checkbox"/> 补发保险合同	申请补发的原因: _____。补发新保险单后, 声明原保险合同作废, 日后因该作废保险合同发生的任何纠纷, 由本人承担全部责任。																												
07 <input type="checkbox"/> 变更红利领取方式	<input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 抵交保险费 <input type="checkbox"/> 直接给付 <input type="checkbox"/> 缴清增额 (此项只适用于条款中约定有此选项的险种)																												
08 <input type="checkbox"/> 变更生存金/年金领取频率或领取方式 变更对象: <input type="checkbox"/> 1. 生存金 <input type="checkbox"/> 2. 年金	变更领取频率为: <input type="checkbox"/> 1. 年领 <input type="checkbox"/> 2. 月领 (月领只适用于条款中有此属性的险种) 变更领取方式为: <input type="checkbox"/> 1. 直接领取 <input type="checkbox"/> 2. 累积生息 年金转换选择权产品独有选项: _____ 年期固定年金, 转换后为: <input type="checkbox"/> 1. 年领 <input type="checkbox"/> 2. 月领																												
09 <input type="checkbox"/> 保险金领取	<input type="checkbox"/> 红利 <input type="checkbox"/> 生存金 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 溢缴保险费 <input type="checkbox"/> 满期金 (满期金受益人必须填写申请书下方个人税收居民身份声明)																												
10 <input type="checkbox"/> 变更授权账号 (请仔细阅读申请书背面“保险费自动转账付款/领款授权”内容)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">账户用途</td> <td style="width: 65%;"> <input type="checkbox"/> 变更缴费账号  <input type="checkbox"/> 变更领款账号: 红利、保单退费、生存金/年金、领取个人账户价值及医疗理赔         </td> <td style="width: 20%;">账户所有人</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">账户信息</td> <td colspan="2">           开户银行名称: _____ 省 _____ 市 _____ (具体银行网点名称) <input type="checkbox"/> 卡号 <input type="checkbox"/> 存折号            账户号码: _____         </td> </tr> </table>	账户用途	<input type="checkbox"/> 变更缴费账号 <input type="checkbox"/> 变更领款账号: 红利、保单退费、生存金/年金、领取个人账户价值及医疗理赔	账户所有人	账户信息	开户银行名称: _____ 省 _____ 市 _____ (具体银行网点名称) <input type="checkbox"/> 卡号 <input type="checkbox"/> 存折号 账户号码: _____																							
账户用途	<input type="checkbox"/> 变更缴费账号 <input type="checkbox"/> 变更领款账号: 红利、保单退费、生存金/年金、领取个人账户价值及医疗理赔	账户所有人																											
账户信息	开户银行名称: _____ 省 _____ 市 _____ (具体银行网点名称) <input type="checkbox"/> 卡号 <input type="checkbox"/> 存折号 账户号码: _____																												
11 <input type="checkbox"/> 其它	随附资料 (必填项目): <input type="checkbox"/> 保险合同原件 <input type="checkbox"/> 投保人身份证明文件复印件 <input type="checkbox"/> 代办人身份证明文件复印件 <input type="checkbox"/> 银行存折/卡复印件 <input type="checkbox"/> 其它 _____																												

**个人税收居民身份声明:** (如声明为第2或第3项, 请同时填写并提供《个人税收居民身份声明文件》)

本人 _____, 声明: <input type="checkbox"/> 1. 仅为中国税收居民 <input type="checkbox"/> 2. 仅为非居民 <input type="checkbox"/> 3. 既是中国税收居民又是其他国家(地区)税收居民。	
---	--

**委托代办声明:** (代办人需在申请书上签名并提供代办人身份证明文件)

本人委托 _____ (先生/女士), 身份证件号码 _____, 代为办理上述合同变更事项, 并承担由此产生的所有法律责任。如因此发生任何纠纷, 本人自愿承担相应后果。	
---	--

投保人签名: \_\_\_\_\_ 被保险人/监护人签名: \_\_\_\_\_ 受益人签名: \_\_\_\_\_

代办人签名: \_\_\_\_\_ 签署日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

第一联: 保险公司留存



\* C S 1 0 1 \*

如代办人为本公司或经代公司在职代理人，请填写：

代理人姓名：	代理人代码：	营业处代码/经代公司：	联系电话：
--------	--------	-------------	-------

请您注意：

1. 在填写《基本资料变更申请书》时，请您使用黑色、蓝黑色钢笔或签字笔在申请书逐项填写。
2. 为保障您的权益，《基本资料变更申请书》上的所有签名均应为本人亲笔签名，他人不得代签；若被保险人为未成年人，应由该未成年人的法定监护人在“被保险人/法定监护人签名”处签署法定监护人本人的姓名。
3. 为保障您的权益，请不要在空白申请书上签名、盖章，签章之前，请再次核对您填写的内容。如您的联系电话及联系地址等客户信息发生变更，请及时办理更正手续。
4. 我司会通过银行转账的方式办理业务，不收取现金，请勿将现金转交任何人。

保险费自动转账付款/领款授权内容：

本人自愿对中英人寿保险有限公司（以下简称中英人寿）及上述的开户银行（以下简称银行）授权如下：

一、保险费自动转账付款授权：

（一）本人授权中英人寿与银行按保险合同约定的保险费交付时间和保险费金额，从上述结算账户自动划扣预缴的初算保险费和各期应缴保险费；

（二）本人清楚如果上述账户内无足够余额供划款时，授权银行将不予转账，由此产生保险合同中止或终止的任何责任将由本人承担；

（三）如本人同时授权通过上述账户自动转账支付本人在中英人寿的两份或以上保险合同的保险费时，本人同意依照中英人寿的规则顺序转账；

（四）如本人终止付款授权、变更付款授权账户，应于当期保险费到期日的30天前向中英人寿递交书面申请，由中英人寿知会银行做相应处理。

二、自动转账领款授权：

（一）本人授权中英人寿与银行，将保险合同约定或法律规定应支付给本人的款项划入上述结算账户；

（二）本人同意在授权账户终止或自动转账不成功的情况下，中英人寿有权通过其它方式支付相应款项；

（三）如本人终止领款授权、变更领款授权账户，应提前15天向中英人寿递交书面申请，由中英人寿知会银行做相应处理；

（四）本人声明：本人应尽量保持领款授权账号的一致性；如有不同，请中英人寿以最后一次提供的领款授权账号为准，本人与中英人寿的所有保险合同应支付给本人的自动转账领款款项将统一划入上述账户；

（五）本人声明：中英人寿将相关应支付给本人的款项划到上述账户，即视为本人已领取相应款项，由此产生的任何后果和责任均由本人承担，与中英人寿无关。

三、当出现下列情况之一时，上述授权账户将自动终止效力：（1）本人书面申请终止授权；（2）以上银行账户终止。

应备文件一览表

序号	项目	应备文件	基本资料变更申请书	保险合同原件	非明文投保代理人身份证	投保复件（注明原文件的复印件）	须提供原件（注明原文件的复印件）	被件复件（注明原文件的复印件）	受益人或被保人身份证明文件	存折/卡复印件	投保人签名	被保险人签名	申请时间
01	变更通讯信息		✓		✓						✓		合同有效期内
02	变更客户资料		✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓	合同有效期内
03	变更投保人		✓		✓	新、旧投保人					✓	✓	合同有效期内
04	变更受益人		✓	✓	✓				✓		✓	✓	合同有效期内
05	变更签名		✓		✓	✓		✓			✓	✓	合同有效期内
06	补发保险合同		✓		✓						✓		合同有效期内
07	变更红利领取方式		✓		✓						✓		合同有效期内
08	变更生存金/年金领取频率或领取方式		✓		✓						✓	✓	生存金：合同有效期内且最后一年生存金开始领取前； 年金：合同有效期内且开始领取年金前
09	保险金领取		✓	✓	✓	原件	原件	原件			✓	✓	满期金：合同有效且在满期前30天起 其它：合同有效期内
10	变更授权账号		✓		✓					✓	✓	✓	合同有效期内

注：

- 1、身份证明文件包括：有效期内的身份证、临时身份证、军人证、港澳居民往来内地通行证、台湾居民往来大陆通行证、外国公民护照及我司请您准备的其他辅助证明文件。
- 2、注明“原件”须提供身份证明文件原件供受理人员核对。

## 基本资料变更申请书

保险合同编号:	投保人:	本公司受理签章:
---------	------	----------

**申请事项:** (请在申请事项前的方格内打“√”, 并填写变更后的内容, 如需详述, 请在“其它”栏补充说明。请同时阅读申请书背面应备文件一览表)

01 <input type="checkbox"/> 变更通讯信息 同时变更投保人名下所有保单信息	电子邮箱: _____ @ _____ (填此邮箱表示您同意接受电子信函服务) 通讯地址: _____ 省/直辖市 _____ 市 _____ 区/县 _____ 邮政编码: _____ 手机号码: _____ 是否接受短信服务 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
02 <input type="checkbox"/> 变更客户资料 1. 请同时填写申请书下方个人税收居民身份声明 2. 如办理姓名变更, 请同时办理05项变更签名	变更对象: <input type="checkbox"/> 1. 投保人 <input type="checkbox"/> 2. 被保险人 <input type="checkbox"/> 3. 受益人 姓名(必填): _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 _____ 证件有效期至: _____ 年 _____ 月 _____ 日 国籍: _____ 证件号码: _____ 若您在我司还有作为投保人、被保险人及受益人角色的保单, 本次变更亦同时适用于其他保单。
03 <input type="checkbox"/> 变更投保人 1. 请同时填写申请书下方个人税收居民身份声明 2. 请同时办理01项变更 3. 请提供新投保人签名:	新投保人姓名: _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 与被保险人关系: _____ 证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 _____ 证件有效期至: _____ 年 _____ 月 _____ 日 国籍: _____ 证件号码: _____
04 <input type="checkbox"/> 变更受益人 如变更满期受益人, 请同时办理05项变更签名 变更对象: <input type="checkbox"/> 1. 身故受益人 <input type="checkbox"/> 2. 满期受益人	姓名 性别 出生日期 国籍 与被保险人关系 受益比例 受益顺序 _____ 年 _____ 月 _____ 日 证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 证件有效期至: _____ 证件号码 _____ 通讯地址: _____ 联系电话: _____ 职业: _____ 姓名 性别 出生日期 国籍 与被保险人关系 受益比例 受益顺序 _____ 年 _____ 月 _____ 日 证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 证件有效期至: _____ 证件号码 _____ 通讯地址: _____ 联系电话: _____ 职业: _____
05 <input type="checkbox"/> 变更签名 请提供新签名样本:	变更对象: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人/监护人 <input type="checkbox"/> 受益人 变更类型: <input type="checkbox"/> 变更签名样式 此项申请书下方签名处需提供原签名风格 <input type="checkbox"/> 更正代签名 <input type="checkbox"/> 补充签名样式 此两项提供的新签名与申请书下方签名处一致 变更原因: _____
06 <input type="checkbox"/> 补发保险合同	申请补发的原因: _____。补发新保险单后, 声明原保险合同作废, 日后因该作废保险合同发生的任何纠纷, 由本人承担全部责任。
07 <input type="checkbox"/> 变更红利领取方式	<input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 抵交保险费 <input type="checkbox"/> 直接给付 <input type="checkbox"/> 缴清增额 (此项只适用于条款中约定有此选项的险种)
08 <input type="checkbox"/> 变更生存金/年金领取频率或领取方式 变更对象: <input type="checkbox"/> 1. 生存金 <input type="checkbox"/> 2. 年金	变更领取频率为: <input type="checkbox"/> 1. 年领 <input type="checkbox"/> 2. 月领 (月领只适用于条款中有此属性的险种) 变更领取方式为: <input type="checkbox"/> 1. 直接领取 <input type="checkbox"/> 2. 累积生息 年金转换选择权产品独有选项: _____ 年期固定年金, 转换后为: <input type="checkbox"/> 1. 年领 <input type="checkbox"/> 2. 月领
09 <input type="checkbox"/> 保险金领取	<input type="checkbox"/> 红利 <input type="checkbox"/> 生存金 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 溢缴保险费 <input type="checkbox"/> 满期金 (满期金受益人必须填写申请书下方个人税收居民身份声明)
10 <input type="checkbox"/> 变更授权账号 (请仔细阅读申请书背面“保险费自动转账付款/领款授权”内容)	账户用途 <input type="checkbox"/> 变更缴费账号 <input type="checkbox"/> 变更领款账号: 红利、保单退费、生存金/年金、领取个人账户价值及医疗理赔 账户所有人 _____ 账户信息 开户银行名称: _____ 省 _____ 市 _____ (具体银行网点名称) <input type="checkbox"/> 卡号 <input type="checkbox"/> 存折号 账户号码: _____
11 <input type="checkbox"/> 其它	
随附资料 (必填项目): <input type="checkbox"/> 保险合同原件 <input type="checkbox"/> 投保人身份证明文件复印件 <input type="checkbox"/> 代办人身份证明文件复印件 <input type="checkbox"/> 银行存折/卡复印件 <input type="checkbox"/> 其它 _____	

**个人税收居民身份声明:** (如声明为第2或第3项, 请同时填写并提供《个人税收居民身份声明文件》)

本人 _____, 声明: <input type="checkbox"/> 1. 仅为中国税收居民 <input type="checkbox"/> 2. 仅为非居民 <input type="checkbox"/> 3. 既是中国税收居民又是其他国家(地区)税收居民。
---

**委托代办声明:** (代办人需在申请书上签名并提供代办人身份证明文件)

本人委托 _____ (先生/女士), 身份证件号码 _____, 代为办理上述合同变更事项, 并承担由此产生的所有法律责任。如因此发生任何纠纷, 本人自愿承担相应后果。
---

投保人签名: \_\_\_\_\_ 被保险人/监护人签名: \_\_\_\_\_ 受益人签名: \_\_\_\_\_

代办人签名: \_\_\_\_\_ 签署日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

第二联: 客户留存



\* C S 1 0 1 \*