

| | | | | | | |
|--|---|------------------------------------|------------------------------------|---------|------------|-------|
| 08□加保(3) | 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 | | |
| | 注: 增加主险或附加险保额时, 请同时填写《最新个人资料告知书》。 | | | | | |
| 09□新增附加险(5) (追加可选责任) | 附加险/可选责任名称 | 基本保险金额/保费 | 交费 期限 | 保险期限 | 红利分配 方式 | 自动续保 |
| | | | | | | □是 □否 |
| 注: 1、新增附加险时, 请同时填写《最新个人资料告知书》; 若您新增的附加险为医疗险时, 请同时填写《医疗保险特别约定声明书》; 若您新增的附加险为一年期短险, 请选择是否自动续保。 2、请根据产品属性对应填写基本保额或基本保费。 | | | | | | |
| 10□追加保费(35) | 追加险种: <input type="checkbox"/> 万能险 <input type="checkbox"/> 投连险 (若为投连险请同时填写以下账户分配比例) | | | | | |
| | 本次追加保费共计: 人民币(大写) 佰 拾 万 仟 佰 拾 元 角 分 (¥ 元) | | | | | |
| | 账户类型及名称 | 分配比例 | 账户类型及名称 | 分配比例 | | |
| | <input type="checkbox"/> 进取 I 号账户 | % | <input type="checkbox"/> 进取 II 号账户 | % | | |
| | <input type="checkbox"/> 平衡 I 号账户 | % | <input type="checkbox"/> 平衡 II 号账户 | % | | |
| <input type="checkbox"/> 稳健 I 号账户 | % | <input type="checkbox"/> 稳健 II 号账户 | % | | | |
| 合计: 100% | | | | | | |
| 注: 1、投连险所有追加账户的分配比例必须为整数, 且之和为 100%。 2、投连产品追加及万能型产品追加单次申请金额超过 100 万元时, 须同时填写《最新个人资料告知书》。 3、以上填写的投连分配比例仅适用于本次申请追加保费的分配; 如未填写分配比例, 本公司将按照您投保时设定的分配比例进行保费追加。 | | | | | | |
| 11□保单生效日调整 (42) (仅限于团险个单) | 保单生效日调整为: _____年 _____月 _____日 (调整后保险期间顺延) | | | | | |
| 备注说明栏: 本人确认应退金额: 人民币(大写) 佰 拾 万 仟 佰 拾 元 角 分 (¥ 元)。 | | | | | | |
| 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: _____ | | | | | | |
| 注: 填写本栏视为投保人和被保险人均已仔细阅读并同意申请书背面的“客户须知”内容。 | | | | | | |
| 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"/> 公司内部申请 5 <input type="checkbox"/> 其他 _____ | | | | | | |
| 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。 | | | | | | |
| 注: 您在以下签名栏中签名, 本公司将视为您已仔细阅读并同意申请书背面的客户须知内容。 | | | | | | |
| 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: _____ 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。 | | | | | | |

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。