

个人保险合同保全申请书 (非收付费类)

保险合同号: <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>																					投保人姓名: _____ 被保险人姓名: _____ 申请日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日
一、填写说明: 1. 请用黑色或蓝黑色签字笔在变更项目前的 <input type="checkbox"/> 内打√, 并用正楷填写需要变更的内容。申请书内容应避免涂改, 若有涂改, 请本人在涂改处签字。 2. 请保持申请书签名与留存于本公司的签名样本一致, 若签名发生变化, 还需向我公司申请变更。 3. 为维护您的权益, 请勿在空白申请书上签名。	二、客户须知: 1. 账户所有人须以本人真实姓名开立结算账户, 并自愿授权民生人寿保险股份有限公司(以下简称本公司)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。 2. 如果因申请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, 本公司无需承担由此引起的责任。 3. 本公司不对该授权账户的失窃或冒领承担责任。																				
三、非收付费保全项目和内容:																					
1. <input type="checkbox"/> 客户基本资料变更	请勾选变更对象: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 身故受益人 <input type="checkbox"/> 生存受益人 仅填写发生变化的内容, 若同一变更对象对应多人, 须填写具体客户号/姓名。 客户号/姓名 _____ 国籍: _____ 户口所在地: _____ 婚姻状况: _____ 与投保人关系: _____ 与被保险人关系: _____ 首选回访电话: _____ (仅变更对象为投保人时, 可支持填写) 电子邮箱: _____ 常住地址: _____ 省 _____ 市 _____ 区 _____ 邮编: _____ 寄送地址: _____ 省 _____ 市 _____ 区 _____ 邮编: _____ 工作单位: _____ 工作单位地址: _____ 省 _____ 市 _____ 区 _____ 手机号码: _____ 固话(区号+号码): _____ 年收入: _____ (单位: 万元) 证件有效期起期: _____ 年 _____ 月 _____ 日; 证件有效期至: _____ 年 _____ 月 _____ 日/ <input type="checkbox"/> 长期 个人纳税居民身份: <input type="checkbox"/> 仅为中国税收居民 <input type="checkbox"/> 仅为非居民 <input type="checkbox"/> 既是中国税收居民又是其他国家(地区)税收居民 本人同意对该客户号下所有符合条件的保单一并做基本资料变更。 如您需同时变更名下其他关联保单的保单层字段信息, 请同时填写需变更的保单号, 保单号之间用“;”区分: _____																				
2. <input type="checkbox"/> 客户重要资料变更	请勾选变更对象: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 生存受益人 <input type="checkbox"/> 身故受益人 仅填写发生变化的内容, 若同一变更对象对应多人, 须填写具体客户号/姓名。 客户号/姓名 _____ 姓名: _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 国籍: _____ 证件类型: _____ 证件号码: _____ 证件有效期起期: _____ 年 _____ 月 _____ 日; 证件有效期至: _____ 年 _____ 月 _____ 日/ <input type="checkbox"/> 长期 有无社保: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 本人同意对该客户号下所有符合条件的保单一并做重要资料变更。																				
3. <input type="checkbox"/> 职业变更	请勾选变更对象: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 生存受益人 <input type="checkbox"/> 身故受益人 仅填写发生变化的内容, 若同一变更对象对应多人, 须填写具体客户号/姓名。 客户号/姓名 _____ 职业名称: _____ 职业编码: _____ 兼职名称: _____ 兼职编码: _____ 本人同意对该客户号下所有符合条件的保单一并做职业变更。																				
4. <input type="checkbox"/> 续期交费方式及账号变更	<input type="checkbox"/> 现金 <input type="checkbox"/> 银行转账 <input type="checkbox"/> 网银转账 若选择银行转账/网银转账, 请在下方填写账户信息。 卡折标志: <input type="checkbox"/> 银行卡 <input type="checkbox"/> 存折 开户银行: _____ 开户行省和市: _____ 户名: _____ 活期结算账号: <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>																				
5. <input type="checkbox"/> 投保人变更 ①变更后须同时变更续期交费方式; ②投保的险种若涉及投保人豁免责任的, 请同时填写《补充告知问卷》。	新投保人姓名: _____ 新投保人是被保人的 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 投保人变更原因: <input type="checkbox"/> 经济原因 <input type="checkbox"/> 原投保人身故 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 客户号: _____ 注: 如曾在公司投保, 请填写客户号, 若否, 请在基本资料及重要资料变更区域填写所有信息。 请在核实上述信息并确认无误后, 签名(新投保人): _____ 日期: _____																				
6. <input type="checkbox"/> 受益人变更 请填写变更后的全部受益人资料。	请勾选变更对象: 1 <input type="checkbox"/> 身故受益人 2 <input type="checkbox"/> 生存受益人 3 <input type="checkbox"/> 身故受益人及其他保险金受益人(法人机构) 当变更对象为自然人时, 勾选1或2; 当变更对象为非自然人时, 勾选3并填写法人机构的名称及与被保人关系, 同时需附《客户身份基本信息登记表(法人机构)》 新受益人客户号(若有, 可填写): _____ 所属被保险人: _____ 姓名: _____ 性别: _____ 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 国籍: _____ 证件类型: _____ 证件号码: _____ 证件有效期起期: _____ 年 _____ 月 _____ 日; 证件有效期至: _____ 年 _____ 月 _____ 日/ <input type="checkbox"/> 长期 与被保人关系: _____ 受益顺序: _____ 受益份额: _____ % 手机号码: _____ 职业名称: _____ 职业编码: _____ 常住地址: _____ 省 _____ 市 _____ 区 _____ 邮编: _____ 如有多个受益人, 请在下方按上述顺序依次填写: _____ _____																				

7. <input type="checkbox"/> 自垫选择权变更	<input type="checkbox"/> 自动垫交 宽限期结束时您仍未交当期保费，保单将自动垫交处理。 <input type="checkbox"/> 非自动垫交 宽限期结束时您仍未交当期保费，合同所有权同时中止。						
8. <input type="checkbox"/> 红利领取方式变更	<input type="checkbox"/> 现金领取 <input type="checkbox"/> 累计生息 <input type="checkbox"/> 抵交保险费 <input type="checkbox"/> 其他 _____						
9. <input type="checkbox"/> 年金领取方式变更	<input type="checkbox"/> 年领 <input type="checkbox"/> 月领 年领方式不可申请变更为月领方式。						
10. <input type="checkbox"/> 保单迁移	迁入公司 _____ 迁入公司代码 _____ (公司填写8位机构代码) 本人授权民生人寿保险股份有限公司使用本人指定的银行结算账户用于续期保险费的转账扣除，若迁移保单涉及到未领取红利及生存金，请一并领取后办理迁移。						
11. <input type="checkbox"/> 减额交清	减额交清即当期现价购买保额。减额交清后，保险合同的基本保险金额会相应减少，不需要再支付保险费，保险合同继续有效。						
12. <input type="checkbox"/> 生存金领取转账授权及取消	<input type="checkbox"/> 取消银行转账（取消银行转账后只能通过柜面领取） <input type="checkbox"/> 银行转账 若选择银行转账，请在下方填写账户信息。 卡折标志： <input type="checkbox"/> 银行卡 <input type="checkbox"/> 存折 开户银行：_____ 开户行省和市：_____ 户名：_____ 活期结算账号： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
13. <input type="checkbox"/> 续保方式变更	<input type="checkbox"/> 自动续保/自动重新投保 <input type="checkbox"/> 非续保/非自动重新投保 <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:50%; text-align:center;">险种名称</td> <td style="width:50%; text-align:center;">险种代码</td> </tr> <tr> <td style="border-top:1px solid black; border-bottom:1px solid black;"></td> <td style="border-top:1px solid black; border-bottom:1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-top:1px solid black; border-bottom:1px solid black;"></td> <td style="border-top:1px solid black; border-bottom:1px solid black;"></td> </tr> </table>	险种名称	险种代码				
险种名称	险种代码						
14. <input type="checkbox"/> 其他							
四、 保险款项收付方式：							
<input type="checkbox"/> 现金收付	若保险款项收付方式选择“银行转账/网银转账”请填写详细的账户信息						
<input type="checkbox"/> 银行转账 <input type="checkbox"/> 网银转账	卡折标志： <input type="checkbox"/> 银行卡 <input type="checkbox"/> 存折 开户银行：_____ 开户行省和市：_____ 户名：_____ 活期结算账号： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
五、 申请方式：							
<input type="checkbox"/> 客服中心亲办 <input type="checkbox"/> 四级机构亲办 <input type="checkbox"/> 委托服务人员代办 <input type="checkbox"/> 委托其他人代办 <input type="checkbox"/> 其他 _____							
六、 业务申请反馈方式：							
短信是否发送	<input type="checkbox"/> 发送 <input type="checkbox"/> 不发送						
批单送达方式	<input type="checkbox"/> 无需批单 <input type="checkbox"/> 客户自取 <input type="checkbox"/> 电子批单 电子邮箱：_____						
七、 客户填写：							
温馨提示：为维护您的权益，请您在签名前仔细核对变更内容，本公司将依此申请为您办理上述变更事项。 客户声明：本次申请共 _____ 项保全项目，本人谨以此申请书作为保险合同变更要约，并同意贵公司依此办理上述事项。							
投保人签名：	被保险人或其监护人签名：	受益人或其监护人签名：					
联系电话：	联系电话：	联系电话：					
日期：	日期：	日期：					
八、 委托授权书（若委托他人代办请填写以下内容）：							
本人（ <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人或其监护人 <input type="checkbox"/> 受益人或其监护人）现授权委托 _____ 先生/女士，证件类型 _____ 证件号码 _____，证件有效期 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日/ <input type="checkbox"/> 长期，业务员 代码（业务员代办时填写） _____ 携带本人有效身份证明文件及贵公司要求的必备文件，前往贵公司代为办理上述保 单的事项。本人声明，由此引发的一切纠纷与贵公司无关。本授权自签署之日起30天内有效。							
委托人签名：	受托人签名：						
联系电话：	联系电话：						
日期：	日期：						
九、 民生保险受理人员填写：							
受理人签名：	受理日期：						
受理人员备注说明栏：							