



## 个人保险合同变更申请书

( 保险合同号: \_\_\_\_\_ )

**温馨提示:**

- 1、申请合同内容变更时(通讯地址变更除外),请随附保险合同,以便我公司予以批注。
- 2、请使用黑色钢笔或签字笔在申请项目前“□”中划“√”,并由投保人或相关关系人亲笔签名。
- 3、申请更正个人资料的,若无特别声明,我公司将更正其所有保险合同的相关资料,并在我公司出具的《批单》上注明。
- 4、我公司对涉及的变更项目有解释权。
- 5、※号标注项目需同时填写“健康告知书”。

投保人		证件号码							
被保险人		证件号码							
变更项目	变更后内容								
客户资料变更 <input type="checkbox"/> 1、投保人 <input type="checkbox"/> 2、被保险人 <input type="checkbox"/> 3、受益人	※重要资料	姓名	性别	出生日期					
		证件类型	证件号码						
	基本资料	婚姻状况	证件有效期	_____年__月__日至_____年__月__日 <input type="checkbox"/> 长期					
		国籍	工作单位						
		通讯地址:		邮编:	E-mail:				
	固定电话:		移动电话 1:	移动电话 2:	其他:				
※职业变更	职业	职业代码							
<input type="checkbox"/> 4、保单基本信息变更	通讯地址:		邮编:	E-mail:					
	固定电话:		移动电话 1:	移动电话 2:	账户名:				
	开户行:	账	号						
<input type="checkbox"/> 5、受益人变更	受益顺序	受益份额	身故受益人姓名	性	出生	证件名称	证件号码	是保	险人
		%		别	日期			的	
		%							
<input type="checkbox"/> ※6、投保人变更	变更原因:		新投保人姓名:		是被保险人的:				
	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生日期: _____年__月__日		国籍:		户籍:		学历:
	证件类型			证件号码					
	婚姻状况			证件有效期	_____年__月__日至_____年__月__日 <input type="checkbox"/> 长期				
	职业代码:		职业类型:		工作单位:				
	通讯地址:		邮编:		E-mail:				
	固定电话:		移动电话 1:		移动电话 2:		账户名:		
	开户行:	账	号						
<input type="checkbox"/> 7、交费频率变更	<input type="checkbox"/> 趸交 <input type="checkbox"/> 年交 <input type="checkbox"/> 半年交 <input type="checkbox"/> 季交 <input type="checkbox"/> 月交 (仅限自动转账)								
<input type="checkbox"/> 8、交费方式变更	<input type="checkbox"/> 银行转账(请填写第4项的账户信息) <input type="checkbox"/> 转账支票(请填写第4项的账户信息) <input type="checkbox"/> 其它_____								
<input type="checkbox"/> 9、追加保险费	追加保费金额: (大写) _____万__仟__佰__拾__圆 (¥_____元)								
<input type="checkbox"/> 10、部分领取	部分领取金额: (大写) _____万__仟__佰__拾__圆 (¥_____元)								
<input type="checkbox"/> 11、减少保额	原保险金额_____元,原保险费_____元;降低后保险金额_____元,降低后保险费_____元								

附加险	险种名称	保险金额	保险期间	保险费
<input type="checkbox"/> ※12、增加险种				
<input type="checkbox"/> ※13、增加保额				
<input type="checkbox"/> 14、终止				
<input type="checkbox"/> 15、续保终止				
<input type="checkbox"/> 16、解除保险合同	退保性质： <input type="checkbox"/> 犹豫期退保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 公司解约 <input type="checkbox"/> 其他_____ 退保类型： <input type="checkbox"/> 整单 <input type="checkbox"/> 附加险_____ 申请解除合同原因： <input type="checkbox"/> 经济原因 <input type="checkbox"/> 服务不满意 <input type="checkbox"/> 产品不满意 <input type="checkbox"/> 出国 <input type="checkbox"/> 其它_____			
<input type="checkbox"/> 17、贷款清偿	本人申请清偿保单借款_____元			
<input type="checkbox"/> 18、自垫申请、终止	<input type="checkbox"/> 申请保费自垫 <input type="checkbox"/> 终止保费自垫			
<input type="checkbox"/> 19、自垫清偿	本人申请结束保险合同的自动垫交保费状态，恢复正常交费状态，并偿还所欠保费及利息			
<input type="checkbox"/> 20、减额缴清	声明：本人申请以保单现金价值_____元作为趸交保费办理减额缴清，减额缴清后的保额按照条款规定相应降低；减额缴清后的保单不再享有减保、新增附加险、保单贷款及恢复为原保单等服务。			
<input type="checkbox"/> ※21、补充告知	告知详细内容： <span style="float: right;">(未尽事项请另附页)</span>			
<input type="checkbox"/> 22、特别约定				
<input type="checkbox"/> ※23、复效	此保单曾 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 延期承保 <input type="checkbox"/> 加费承保 <input type="checkbox"/> 理赔 声明：本人认可自复效生效日起重新计算观察期及除外责任期间。			
<input type="checkbox"/> 24、个人保单补发	声明：本人因_____原因第____次申请个人保单补发，同时声明原保单作废，日后因原保险单所发生的任何纠纷，由本人负责。（每单补发工本费为 10 元人民币）			
<input type="checkbox"/> 25、其他_____				
对以上申请的解释或说明：				
保全款项收付方式：	<input type="checkbox"/> 现金 <input type="checkbox"/> 银行转账 <input type="checkbox"/> 转账支票 <input type="checkbox"/> 其他_____ （除现金方式外，请阅读以下转账声明及授权并填写账户信息）			
<b>转账声明及授权：</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本账户系以本人真实姓名开立的结算账户，账户信息真实无误，本人同意以该账户作为保全相关款项转账收付之用。</li> <li>2. 本人已知晓：若因本人提供的账户内无足够余额、销户、挂失、止付、冻结等原因，造成转账不成功，昆仑健康保险股份有限公司不承担由此引起的责任。</li> <li>3. 本授权将长期有效直至保险合同交费期满或本人以书面形式通知终止。</li> </ol>				
户名：	开户行：	支行：	账 号	
<b>申请人声明：</b> 本人已仔细阅读知、理解贵公司提示并同意遵守。本人同意谨以此申请书作为保险合同变更要约，本申请经贵公司批注同意后，作为原保险合同的组成部分，变更结果以贵公司出具的批注为准。 <b>本人委托受托人</b> _____（身份证号_____）持贵公司要求的必备文件，前往贵公司代为办理上述保险合同变更事项。并郑重声明凡由本授权委托引发的法律纠纷与贵公司无关。本授权委托书自签发之日起 10 日内有效。 <b>受托人声明：</b> 本人保证申请人的签名为亲笔签名，如有纠纷，本人自愿承担相应责任；本人在授权有效期内代为办理委托，严格遵循申请人的真实意愿，所实施的行为如超出授权范围，本人自愿承担相应责任。				
投保人（签名）	联系电话	_____年__月__日		
新投保人（签名）	联系电话	_____年__月__日		
被保险人或其法定监护人（签名）	联系电话	_____年__月__日		
受托人（签名）	联系电话	_____年__月__日		
保险公司填写栏				
受理意见：				
受理人： _____ 受理时间： _____年__月__日				