



## 个人保险合同保全申请单

(本单所示金额单位：人民币元)

保全申请单条形码编号：

保全号码：

公司提示：请您在仔细阅读保险条款和本填表说明后用蓝、黑墨水笔填写本变更申请单，并在合适的回答方框内打。您必须在此变更申请单上填报一切有关事实，并亲笔签名。保险合同批单将以此为依据，否则所签批单将告无效。(银行、邮政代理保险同样适用)

保险合同号码	被保险人姓名
	投保人姓名(如与被保险人为同一人,可免填此栏)

变更事项:(如需变更事项不包括在下表 1-11 栏中,则请填写在其他说明栏中)

### 客户信息类变更

#### 1. 地址变更

投保人在本公司的所有保险合同 仅本合同 部分保险合同(请在保险合同号码栏列出需变更的保险合同号码)

新联系地址为 家庭地址 单位地址 单位名称: 其他地址

新联系地址 省 市 区/县

电话 邮编 (如果跨省市或者出境请填写相关问卷)

#### 2. 职业/工种变更

单位名称 部门/职务内容 年均收入

职业类别 职业代码 (此栏位由代理人代为填写)

#### 3. 个人资料更正

姓名 (投保人 被保险人 受益人)的 姓名 性别 出生日期 有效证件号 更正为

姓名 (投保人 被保险人 受益人)的 姓名 性别 出生日期 有效证件号 更正为

姓名 (投保人 被保险人 受益人)的 姓名 性别 出生日期 有效证件号 更正为

(需要递交身份证复印件)

### 红利领取方式与缴费方式、缴费周期、自动垫缴选择的变更

4. 红利领取方式变更为 累积生息 现金领取	5. 缴费方式变更为 银行转账(请填写银行转账授权书) 自行缴费	6. 自动垫缴保险费选择的变更 同意自动垫缴 不同意自动垫缴	7. 缴费周期变更为 年缴 半年缴 季缴 月缴
---------------------------	--	--------------------------------------	-------------------------------

### 身故保险金受益人的变更

8. 受益人的变更	姓名	性别	受益顺序	受益份额	出生日期	是被保险人的(关系)	证件号码
变更后的受益人情况							

### 保险合同的变更 (特别说明:基本保险合同变更和附加险保额变更的生效日为保险合同周年日)

9. 主保险合同 更换为	保险合同名称	缴费期限	基本保险金额	年金领取年龄	保险期间
10. 附加保险合同的变更	附加保险名称	缴费期限	基本保险金额		
增加 删除 保额变更					
增加 删除 保额变更					
增加 删除 保额变更					

### 其它类变更

11. 复效 减额缴清 更改签名 (需签署变更签名补充说明) 补发合同 (请在特别说明栏中填写遗失合同经过) 贷款 复缴	12. 解除合同 (请在特别说明栏中填写解除原因) 撤销合同 (请在特别说明栏中填写撤销原因)
其他说明:	

**可保资料告知**

<p><b>自最近一次向生命人寿保险股份有限公司填报“可保资料告知”以来,被保险人有否以下情况发生:</b></p> <p>13. 被保险人的人寿保险合同、人身意外保险或健康保险的投保申请是否曾被拒保、推迟、加费或作限制保障权益? 是否有被解除保险合同? 是否曾向保险公司提出索赔申请?</p> <p>14. 是否计划出国或改变居住地或工作地点? 正在或试图参加私人性质飞行, 或携带氧气瓶潜水、或登山、或从事危险性的运动? 若“是”, 请填写相关问卷, 连同此变更申请单一并交回公司。</p> <p>15. 你曾否患有任何疾病、损伤, 或接受手术、治疗或服用药物? 是否曾被建议手术、治疗、进一步检查或服用药物而未完成?</p> <p>16. 是否曾经作下列之一的检查, 有无异常? 核磁共振 (MRI)、心电图、胃镜、纤维结肠镜、气管镜、CT、超声波、X光、眼底检查、脑电图、肝功能、肾功能、病理活检及其它特殊检查。</p> <p>17. 是否曾经或正在使用镇静安眠剂、可成瘾药物、麻醉剂、或接受戒毒、戒酒治疗?</p>	是 否	任何问题回答“是”的, 请说明详情。
--	-----	--------------------

<p>18. 补缴保险费总计</p> <p>大写: ___佰___拾___万___仟___佰___拾___元 (¥: ___)</p> <p>保险费收据号码: _____</p>	<p>19. 溢缴保险费(如有)处理方式</p> <p>留存公司作为续期保险费 退还</p> <p><b>*注: 若未选择, 如有溢缴, 将视作不计息留存公司作为续期保险费。</b></p> <p><b>若选择退还的, 请填写《银行转账授权书》。如未填写, 退款将会被转到客户的续期保费缴付账户。</b></p>
---	--

**投保人、被保险人向生命人寿保险股份有限公司声明并同意下列事项:**

- 投保人和被保险人对于变更申请单各栏目中的所有陈述均属真实, 并亲笔签名, 生命人寿保险股份有限公司如发现有任何虚假、不实或隐瞒, 将由投保人、被保险人承担相应责任。
- 非经保险合同双方在保险单或业务批单上书面约定, 任何人包括代理人的任何与保险条款相违背或增减保险条款内容的书面或口头承诺, 生命人寿保险股份有限公司对此无需负责。
- 同意生命人寿保险股份有限公司根据业务需要, 对被保险人或投保人进行相关体检, 或直接向被保险人或投保人就诊医院及其他知情机构、人士查询有关诊疗记录、病历及其他资料。
- 按本变更申请所签发的业务批单, 只有在保险人收到投保人缴纳的足够的补缴保险费并同意签发业务批单, 及自申请之日起被保险人和投保人健康状况无明显改变后才能生效, 除有特别说明的变更种类外, 则业务批单即自缴足变更保险费的当日二十四时起生效。
- 若本人接受生命人寿保险股份有限公司签发的保险合同及任何经本人签署的文件, 均视为本人已承认生命人寿保险股份有限公司在保险合同内的批注或任何附加及更改。
- 此变更申请单的副本与正本具有同样的法律效力, 如果副本与正本内容不一致, 则以正本为准。

投保人签名: \_\_\_\_\_ 被保险人 (或法定监护人) 签名: \_\_\_\_\_

见证人签名: \_\_\_\_\_ 签署日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日 签署地: \_\_\_\_\_省\_\_\_\_市

**代理人资料 (银行、邮政代理保险可以不填写此栏)**

签名	代理人编号	分公司	联系电话/BP 机号	主管签名	特别核准日期

以下表格由柜面受理人员填写

受理员工号/网点代码	受理人员签名	受理日期	收到资料	被委托递送人员签名