



PS016

瑞泰人寿保险有限公司

电话营销保险合同变更申请表

保险单号 投保人声明：上述变更事项是本人的真实意愿并由本人亲笔签署。

投保人姓名

填写须知：
 * 申请表应由投保人和被保险人用黑色或蓝黑色签字笔亲笔填写；
 * 签名处须由投保人或被保险人/法定监护人亲笔签名；

* 请在需变更项目前的 中划“√”；
 * 代理人若非投保人本人，需提供委托授权书及办理人身份证件。

A类 (请每一份保险合同填写一份申请书)

A1 个人信息变更 (请提供相关户籍证明或身份证件的复印件, 必要时两者需同时提供)

投保人 被保险人 身故保险金受益人

姓名 国籍 出生日期 年 月 日 性别 男 女

证件类型 身份证 军官证 护照 台湾居民来往大陆通行证或台胞证 港澳居民来内地通行证或港澳同胞回乡证

证件号码 证件有效期截止日 年 月 日

婚姻状况 已婚 单身 职业

联系电话 (09:00-18:00) 手机号码

联系电话 (18:00-21:00) 电子邮件

通讯地址

邮政编码 其他需要变更的内容

更正后签名样本: (注: 如变更姓名或变更签名样式, 请提供新的签名样本)

投保人: 被保险人:

(第一页)

A2 身故保险金受益人变更

姓名 出生日期 年 月 日 性别 男 女 婚姻状况 已婚 单身

证件类型 身份证 军官证 护照 台湾居民来往大陆通行证或台胞证 港澳居民来内地通行证或港澳同胞回乡证 国籍

证件号码 证件有效期截止日 年 月 日 与被保险人关系

工作单位 职业 联系电话

通讯地址 邮政编码 受益顺序 受益比例

姓名 出生日期 年 月 日 性别 男 女 婚姻状况 已婚 单身

证件类型 身份证 军官证 护照 台湾居民来往大陆通行证或台胞证 港澳居民来内地通行证或港澳同胞回乡证 国籍

证件号码 证件有效期截止日 年 月 日 与被保险人关系

工作单位 职业 联系电话

通讯地址 邮政编码 受益顺序 受益比例

姓名 出生日期 年 月 日 性别 男 女 婚姻状况 已婚 单身

证件类型 身份证 军官证 护照 台湾居民来往大陆通行证或台胞证 港澳居民来内地通行证或港澳同胞回乡证 国籍

证件号码 证件有效期截止日 年 月 日 与被保险人关系

工作单位 职业 联系电话

通讯地址 邮政编码 受益顺序 受益比例

备注

注意 1、身故保险金受益人变更须被保险人/法定监护人签字确认。
2、此次指定身故保险金受益人同时宣告以前指定身故保险金受益人无效。如指定身故保险金受益人不止一人, 请标明受益比例。

A3 银行账户变更 (将同时变更付款和取款账户)

银行名称 账户持有人姓名 账户号

终止保险费自动转账付款授权

A4 投保人变更 (请同时填写A3银行账户变更)

姓名 国籍 出生日期 年 月 日 性别 男 女

证件类型 身份证 军官证 护照 台湾居民来往大陆通行证或台胞证 港澳居民来内地通行证或港澳同胞回乡证

证件号码 证件有效期截止日 年 月 日

职业 婚姻状况 已婚 单身 与(主)被保险人关系

联系电话 (09:00-18:00) 手机号码

联系电话 (18:00-21:00) 电子邮件

通讯地址 邮政编码

A5 补发保单 (申请人声明: 本保单无任何质押给第三方之事宜)

B类 (请每一份保险合同填写一份申请书)

B1 期交保险费交费频率变更为 年交 月交

B2 职业变更 (请提供职业变更的有效证明)

现职务具体内容 现职务任职起始日期 现服务单位名称

B3 减少保险金额 主合同 附加合同

主合同名称 降低后(基本)保险金额为

附加险合同名称 降低后(基本)保险金额为

附加险合同名称 降低后(基本)保险金额为

附加险合同名称 降低后(基本)保险金额为

附加险合同名称 降低后(基本)保险金额为

B4 取消附加险 (请填写需要取消的附加险合同名称)

附加险合同名称 附加险合同名称

附加险合同名称 附加险合同名称

B5 复效 (请同时填写《被保险人健康及生活习惯告知》, 如有相关病历或检查报告, 需一并提供。)

投保人声明: 本人知晓并同意在与贵公司协商并达成协议, 补交保险费、借款和借款利息后, 合同效力恢复。

B6 保单借款

投保人以本保险合同的保单现金价值总额为质押, 向贵公司申请借款人民币 元整, 并同意依贵公司审核后的可借金额范围内借款, 并遵守各项借款条约。本次借款用途

保单还款

B7 退保 (投保人声明, 此保险合同无任何质押给第三方事宜。请同时提供保险合同正本以及发票或收据。)

犹豫期撤销保险合同, 原因为

退保, 原因为

B8 其他, 请详述:

C类 (请每一份保险合同填写一份申请书)

C1 **增加被保险人** (请同时填写C3身故保险金受益人变更)

请提供相关户籍证明或身份证件的复印件,必要时两者需同时提供

| | | | | | | | |
|---|--|------|---|----------|--|----------------------|---|
| 姓名 | <input type="text"/> | 国籍 | <input type="text"/> | 出生日期 | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 性别 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 证件类型 | <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 台湾居民来往大陆通行证或台胞证 <input type="checkbox"/> 港澳居民来内地通行证或港澳同胞回乡证 | | | | | | |
| 证件号码 | <input type="text"/> | | | 证件有效期截止日 | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | | |
| 职业 | <input type="text"/> | 婚姻状况 | <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 单身 | 与投保人关系 | <input type="text"/> | | |
| 联系电话 (09:00-18:00) | <input type="text"/> | | | 手机号码 | <input type="text"/> | | |
| 联系电话 (18:00-21:00) | <input type="text"/> | | | 电子邮件 | <input type="text"/> | | |
| 通讯地址 | <input type="text"/> | | | | 邮政编码 | <input type="text"/> | |
| 是否选择此被保险人作为主被保险人 | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 是 | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 否, 选择本被保险人作为第 <input type="text"/> 顺位次被保险人 | | | | | | | |

C2 **减少被保险人** (请填写需要减少的被保险人姓名)

| | | | |
|--------|----------------------|-------|----------------------|
| 被保险人姓名 | <input type="text"/> | 减少原因为 | <input type="text"/> |
| 被保险人姓名 | <input type="text"/> | 减少原因为 | <input type="text"/> |
| 被保险人姓名 | <input type="text"/> | 减少原因为 | <input type="text"/> |

C3 **身故保险金受益人变更**

被保险人 的身故保险金受益人基本资料

| | | | | | | | |
|------|--|------|--|----------|--|---------|---|
| 姓名 | <input type="text"/> | 出生日期 | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 性别 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 婚姻状况 | <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 单身 |
| 证件类型 | <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 台湾居民来往大陆通行证或台胞证 <input type="checkbox"/> 港澳居民来内地通行证或港澳同胞回乡证 | | | | | | |
| 证件号码 | <input type="text"/> | | | 证件有效期截止日 | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 与被保险人关系 | <input type="text"/> |
| 工作单位 | <input type="text"/> | 职业 | <input type="text"/> | 联系电话 | <input type="text"/> | | |
| 通讯地址 | <input type="text"/> | 邮政编码 | <input type="text"/> | 受益顺序 | <input type="text"/> | 受益比例 | <input type="text"/> |

| | | | | | | | |
|------|--|------|--|----------|--|---------|---|
| 姓名 | <input type="text"/> | 出生日期 | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 性别 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 婚姻状况 | <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 单身 |
| 证件类型 | <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 台湾居民来往大陆通行证或台胞证 <input type="checkbox"/> 港澳居民来内地通行证或港澳同胞回乡证 | | | | | | |
| 证件号码 | <input type="text"/> | | | 证件有效期截止日 | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 与被保险人关系 | <input type="text"/> |
| 工作单位 | <input type="text"/> | 职业 | <input type="text"/> | 联系电话 | <input type="text"/> | | |
| 通讯地址 | <input type="text"/> | 邮政编码 | <input type="text"/> | 受益顺序 | <input type="text"/> | 受益比例 | <input type="text"/> |

| | | | | | | | |
|------|--|------|--|----------|--|---------|---|
| 姓名 | <input type="text"/> | 出生日期 | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 性别 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 婚姻状况 | <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 单身 |
| 证件类型 | <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 台湾居民来往大陆通行证或台胞证 <input type="checkbox"/> 港澳居民来内地通行证或港澳同胞回乡证 | | | | | | |
| 证件号码 | <input type="text"/> | | | 证件有效期截止日 | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 与被保险人关系 | <input type="text"/> |
| 工作单位 | <input type="text"/> | 职业 | <input type="text"/> | 联系电话 | <input type="text"/> | | |
| 通讯地址 | <input type="text"/> | 邮政编码 | <input type="text"/> | 受益顺序 | <input type="text"/> | 受益比例 | <input type="text"/> |

备注

注意 1、身故保险金受益人变更须被保险人/法定监护人签字确认。
2、此次指定身故保险金受益人同时宣告以前指定身故保险金受益人无效。如指定身故保险金受益人不止一人,请标明受益比例。

被保险人 的身故保险金受益人基本资料

姓名 出生日期 年月日 性别 男 女 婚姻状况 已婚 单身
 证件类型 身份证 军官证 护照 台湾居民来往大陆通行证或台胞证 港澳居民来内地通行证或港澳同胞回乡证 国籍
 证件号码 证件有效期截止日 年月日 与被保险人关系
 工作单位 职业 联系电话
 通讯地址 邮政编码 受益顺序 受益比例

姓名 出生日期 年月日 性别 男 女 婚姻状况 已婚 单身
 证件类型 身份证 军官证 护照 台湾居民来往大陆通行证或台胞证 港澳居民来内地通行证或港澳同胞回乡证 国籍
 证件号码 证件有效期截止日 年月日 与被保险人关系
 工作单位 职业 联系电话
 通讯地址 邮政编码 受益顺序 受益比例

姓名 出生日期 年月日 性别 男 女 婚姻状况 已婚 单身
 证件类型 身份证 军官证 护照 台湾居民来往大陆通行证或台胞证 港澳居民来内地通行证或港澳同胞回乡证 国籍
 证件号码 证件有效期截止日 年月日 与被保险人关系
 工作单位 职业 联系电话
 通讯地址 邮政编码 受益顺序 受益比例

姓名 出生日期 年月日 性别 男 女 婚姻状况 已婚 单身
 证件类型 身份证 军官证 护照 台湾居民来往大陆通行证或台胞证 港澳居民来内地通行证或港澳同胞回乡证 国籍
 证件号码 证件有效期截止日 年月日 与被保险人关系
 工作单位 职业 联系电话
 通讯地址 邮政编码 受益顺序 受益比例

备注

注意 1、身故保险金受益人变更须被保险人 / 法定监护人签字确认。
 2、此次指定身故保险金受益人同时宣告以前指定身故保险金受益人无效。如指定身故保险金受益人不止一人，请标明受益比例。

C4 变更被保险人顺序

| | | | |
|-------------|----------------------|-------------|----------------------|
| 主被保险人姓名 | <input type="text"/> | 第4顺位次被保险人姓名 | <input type="text"/> |
| 第1顺位次被保险人姓名 | <input type="text"/> | 第5顺位次被保险人姓名 | <input type="text"/> |
| 第2顺位次被保险人姓名 | <input type="text"/> | 第6顺位次被保险人姓名 | <input type="text"/> |
| 第3顺位次被保险人姓名 | <input type="text"/> | 第7顺位次被保险人姓名 | <input type="text"/> |

投保人签名 被保险人/法定监护人签名 申请日期 年月日

签名须本人亲笔，并与原留存于本公司的签名样式一致。

见证人/电话营销专员声明：

本人已核实客户（投保人/被保险人/身故保险金受益人）的有效身份证件或者其他身份证明文件，确认客户的身份。

见证人/电话营销专员签名 电话营销专员编码

公司批注栏：

| | | | | | |
|------|----------------------|-----|----------------------|------|----------------------|
| 收件日期 | <input type="text"/> | 收件人 | <input type="text"/> | 复核 | <input type="text"/> |
| 录入日期 | <input type="text"/> | 录入人 | <input type="text"/> | 核保结论 | <input type="text"/> |
| 核保日期 | <input type="text"/> | 核保人 | <input type="text"/> | | |