

B18 变更客户 ☐ 变更身故受益人 ☐ 变更投保人	变更后身故受益人为：							
	姓名	与被保险人关系	性别	出生日期	有效证件类型及号码	证件有效期至	受益顺序	受益份额
	指定身故受益人仅适用于身故保险金给付，产品是否包含身故保险金请以产品条款为准。 如指定受益人因身故、丧失或放弃等原因而无受益权时，其受益份额由同一顺序的其他指定受益人按份额比例享有。只有前一顺序的全部指定受益人均无受益权时，后一顺序的指定受益人才享有受益权。我司将依照相关法律法规进行理赔处理。							
	新投保人姓名_____性别_____出生日期_____国籍_____出生地所属国家_____与被保险人关系_____具体职业_____职业代码_____工作单位_____年薪_____万元有效证件类型_____证件号码_____证件有效期至_____年____月____日新投保人通讯地址_____邮政编码_____电子邮件地址_____（勾选此项后，即默认您选择通过此邮件地址接受所有的通知类信函）移动电话（+_____）_____固定电话（区号）（+_____）-（_____）-_____税收居民身份（单选）： ☐ 1.中国税收居民 ☐ 2.非中国税收居民 ☐ 3.既是中国税收居民，又是其他税收管辖区居民如勾选2或3，请额外填写《个人所得税居民身份声明》。							
原投保人自愿将本保险合同的一切权益转让给新投保人，变更同时将取消原投保人的豁免类附加产品，如有退费将退至原投保人的给付账户。原投保人签署：_____新投保人签署：_____若申请项目为变更投保人，且保险条款中包含新型产品，请新投保人在本栏亲笔抄录下引号内文字：“本人已阅读并知晓保险条款，特别是免除保险责任的条款、产品说明书，了解本产品的特点和保单利益的不确定性，并自愿承担保单利益不确定的风险。” _____								
☐ B20 变更客户签名		变更签名原因（此项必须勾选）： ☐ 签名风格变化 ☐ 代签名（请同时填写变更签名《声明》） ☐ 其它_____						
		被保险人签名变更为			投保人签名变更为			
☐ B21 变更保险款项缴付账号 ☐ B22 变更保单给付账号 <u>领款人：</u>		账户所有人姓名_____账户号码_____开户银行_____开户地_____省/直辖市_____市（地级市） 账户所有人签名：_____						
☐ B23 变更交费方式（频次）		☐ 年交 ☐ 半年交 ☐ 季交 ☐ 月交 缴费频率的变化会导致保费计算公式不同，如您选择由年缴费变更为月缴费，可能会出现年度12个月缴费总金额大于年缴费金额的情况，请您根据实际需要进行选择。						
☐ B24 补发保险合同		纸质合同需收取工本费 10 元						
☐ B27 变更红利领取选项		☐ 增加保额 ☐ 累积生息 ☐ 抵交保费 ☐ 现金领取 ☐ 其他						
☐ B28 变更生存金/年金选择权		☐ 现金领取 ☐ 累积生息						
☐ B29 其他保单标志修改		☐ 修改自动垫缴保费标志 ☐ 自动垫缴 ☐ 不自动垫缴 ☐ 修改年金选择权						
☐ B30 年金/生存金计划变更		领取方式 ☐ 一次性领取 ☐ 月领 ☐ 年领 ☐ 每几年领					领取次数 _____次	
☐ B31 变更健康告知资料		☐ 健康补充告知（请同时填写《健康风险声明》，并提供相关病历或检验报告）						
☐ B39 自动申请续保选项变更		☐ 一年期可重新投保是否自动申请续保（含保证续保险种保证续保期间届满）若无备注，默认一年期附加险同主险一同修改					☐ 是 ☐ 否	
		☐ 一年期可重新投保附加险是否自动申请续保					☐ 是 ☐ 否	
☐ 其他								
申请人（投保人、被保险人）声明： 1. 增加附加保险合同、自动申请续保选项变更 申请人及新投保人声明：1）在本人（我们）决定增加附加险之前，安联人寿已向本人（我们）提供了保险条款、产品说明书（如有）、利益演示（如有）且予以了说明，并就保险责任、免除保险责任、犹豫期、等待期、续保、保险金申请等作了重点提示和明确解释说明，同时就健康管理服务（如有）的所有内容亦进行了明确告知，本人（我们）亦已对前述提及内容均已全部阅读、理解并同意。2） 本人（我们）已知晓，一年期可重新投保险种的保险期间为一年。在本人（我们）选择自动申请续保方式时，须经安联人寿审核同意续保并收取保险费后一年期险种方继续有效，直至本人（我们）书面申请终止续保；如经安联人寿审核不同意续保，则一年期险种满期终止。 2. 补发保险合同 申请人声明：自替补保险合同签发之日起，安联人寿即对原保险合同不再承担任何法律责任，投保人及其继承人对原保险合同享有的权利和义务完全转移至替补保险合同上，且原保险合同作废。本保险合同无任何质押给第三方之事宜。 3. 复效 申请人声明：本人（我们）同意，含“效力恢复”条款的产品，申请恢复合同效力时，安联人寿有权要求本人（我们）提供本人（我们）的相关信息，并进行体检等。合同效力恢复须经安联人寿审核同意并补交保单欠款之后方可实行。 4. 变更保险款项缴付账号及变更保单给付账号 变更缴付账号授权人声明：本人（我们）同意采用银行自动转账方式缴纳首期和续期追加保险费，以及该保单其他相关费用，并授权安联人寿及本人（我们）指定的银行及本人的授权账户自动扣取本合同首期保险费及生效后各期到期的保险费。无需在每次扣款前征求本人意见。本人承诺此授权账户为本人账户，否则将赔偿由此给安联人寿及银行造成的损失。 变更给付账号授权人声明：本人（我们）同意安联人寿采用银行自动转账方式支付退保金、年金、生存金或满期保险金，并同意安联人寿将相应款项转入本人（我们）指定的授权账户，且安联人寿不承担因本人指定的授权账户不真实、不准确、不完整等错误而导致安联人寿不能及时给付相应款项的责任。如发生合法的、授权人应予以退回的款项，本人（我们）也同意通过该账号予以自动退回。 5. 犹豫期撤保及退保 申请人声明：本保险合同无任何抵押或转让之事实本人未有破产和涉及与本保险合同的诉讼事项。 6. 变更客户 申请人声明：新投保人已明确该保险合同主险条款、附加险及特别约定中有免除责任款项的内容和含义，并自愿接受本保险合同的一切权利和义务。转让双方，即原投保人和新投保人，不要求安联人寿对本次转让的合法性和有效性承担任何责任。 7. 投资连结保险产品的部分领取、追加、账户转换 申请人声明：本人（我们）已经详细了解投资连结保险的费用扣除情况，包括初始费用、买入卖出差价、死亡风险保险费、保单管理费、资产管理费、手续费、退保费用等。投资连结保险产品的投资回报具有不确定性，实际投资可能赢利或出现亏损，投资风险完全由本人（我们）承担。 8. 变更客户基本信息及变更客户 申请人声明：若本人（我们）在安联人寿留存的联系信息与此次填写的信息不一致，本人（我们）同意安联人寿按照此次填写的相关内容进行更新；若名下有多张保单的，其他保单亦同时更新。若此次变更涉及电子邮件地址，本人（我们）同意使用电子信函服务，并授权通过电子邮箱接收本人（我们）名下所有保单的通知类信函（包括但不限于保费通知书，红利通知书等）。 9. 申请人声明： 1)若投保时被保险人为未成年年，被保险人成年后的首次申请保险合同变更时的签名将作为有效签名样本留存于本公司。 2)本人（我们）谨此授权任何注册医师、医院诊所、保险公司、或其他拥有本人（我们）资料、或了解本人（我们）的组织、机构或个人，均可在法律允许的范围内，向安联人寿、其他保险人、司法行政机关以及及与安联人寿合作的第三方机构提供所了解的关于本人（我们）、包括受益人）的资料和信息，亦同意安联人寿或与安联人寿合作的第三方机构向上述机构、组织或个人进行相关调查；并授权安联人寿因拟提供其他相关销售、有效性核验、服务及资料处理等合法需要向安联人寿的销售人员、司法行政机关、行业协会以及及与安联人寿合作的第三方机构或其人员以合法方式相互提供、存储、登记与使用本人（我们）的相关信息及保险合同所载的信息。上述单位均可对上述信息进行合法合规地使用与传递。本授权文件的复印件与正本拥有同样的效力。本人（我们）做出本条授权之前已阅读并同意《安联人寿保险有限公司隐私政策》。如您希望了解与个人信息相关的具体政策，请进入以下链接查询：www.allianz.com.cn/azContent/introduce/AZ022。 3)本人（我们）同意安联人寿依据相关法律法规要求向政府机构或税务机构（包括中国境外）提供本人（我们）所持有的保险合同所载的信息。本授权文件的复印件与正本拥有同样的效力。 4)本人（我们）承诺将及时向安联人寿更新本人（我们）的个人信息（姓名、地址、联系电话、国籍、税收居民身份等），包括但不限于已获得或可能获得的国籍或居住地；若本人（我们）具有其他国家（地区）税收居民身份，承诺会通知安联人寿并提供相关所需资料，如未提供，本人（我们）确认不具有其他国家（地区）税收居民身份。 5)本人（我们）确认本申请书所载内容均真实、准确和有效，并知晓信息不完整或不真实将直接影响投保人和被保险人的权益。本申请书由本保险合同之投保人和被保险人亲笔签署，在本申请书上的签名即为对本申请书上所述全部事项的同意、确认和授权，特别是委托自动扣缴应交保费的授权。同时，本人（我们）已全面知晓并同意遵守“申请人声明”之全部内容，本人（我们）若违反以上声明，安联人寿不承担由此而引起的任何责任。								
本人（我们）知晓并单独同意，上述声明第9条涉及的本人（我们，包括受益人）的资料和信息，包括个人敏感信息如生物识别、医疗健康、金融账户、不满十四周岁未成年人信息；必要情况下，为了提供保单服务、理赔服务，及合法的再保险业务需要，上述资料和信息会提供给境外第三方合作机构。								

非保险金融产品风险提示：保险公司、保险专业中介机构不得销售未经相关金融监管部门批准的非保险金融产品。为了维护您的合法权益，如销售人员以安联人寿保险有限公司名义向您推销非保险金融产品，请您切勿购买。

投保人签署：_____ 被保险人/法定监护人签署：_____ 生存受益人签署：_____

投保人移动电话：_____ 被保险人移动电话：_____ 申请日期：_____

为保障您的保单权益，请拒绝签署空白单证，任何变更事项均与保险合同权益相关，请核实申请内容后签署申请书。