

保险合同内容变更申请书

收件盖章

保险合同编号: []

变更申请书为保险合同的重要组成部分，请用黑色或蓝黑色水笔认真填写，且请勿涂改；投保人、被保险人、生存受益人签名处需由投保人、被保险人、生存受益人本人亲笔签署，不得由他人代签（18岁以下未成年人由监护人签名）。

申请人声明：本人申请以下第 项变更，并同意变更的生效日以贵公司在保险合同内容变更批注中确定的变更生效日期为准。

申请类型： 客户上门服务 客户委托他人代办 客户邮寄申请

☐ B01 追加保费	原因（此项必须勾选）： ☐ 长期财务规划 ☐ 提升保障额度 ☐ 短期财务状况变化 ☐ 其他，请详述：_____																																				
	账户名称				追加金额																																
单次追加的基本保险费或额外保险费均至少为 RMB1,000 元。																																					
☐ B02 理财/投资账户转换	转出账户名称		转出金额（万能险）/单位数（投连险）			转入账户名称																															
客户提示：您在购买投连保险产品时已完成投资风险适应性评估，完全明白购买投资连结保险所需承担的风险和回报，以及您适合的投资账户。本次转换选择的投连账户风险等级如果在购买产品时的投资风险测评结果不匹配，您确认仍根据您本次意愿自行选择投资账户。																																					
万能险：单个理财账户的转出金额不得低于 RMB500 元，且转出后剩余的该理财账户的账户价值不足 RMB500 元时，该理财账户须全数转出；如转入多个理财账户，单个理财账户的转入金额不得低于 RMB500 元。投连险：单个投资账户的转出单位数，不得低于 500 个单位数，且转出后剩余的该投资账户不足 500 个单位数时，须全数转出。																																					
☐ B03 部分领取	原因（此项必须勾选）： ☐ 家庭急用 ☐ 营销员服务欠佳 ☐ 公司售后服务欠佳 ☐ 购买其他保单 ☐ 其他，请详述：_____																																				
	账户名称				领取金额（万能险）/单位数（投连险）																																
万能险单个理财账户每次申请部分领取金额不得低于 RMB500 元，且部分领取后剩余的该理财账户价值不得低于 RMB500 元，否则该理财账户须全数领取。投资连结保险单个投资账户每次申请部分领取的单位数不得低于 500，且部分领取后剩余的该投资账户单位数不得低于 500，否则该投资账户须全数领取。部分领取的金额系指尚未扣除退保费用前的金额，客户实际领取到的可能少于申请书上所填写的申请金额。																																					
☐ B04 变更万能投连险主合同内容	☐ 保险金额类型变更为_____型 ☐ 基本保险金额变更为_____元 ☐ 保险金扣除额变更为零 ☐ 延长期交保险费交费期为_____年 ☐ 基本保险费变更为_____元 ☐ 额外保险费变更为_____元																																				
	☐ 定期定额追加保险费（请额外填写《定期定额追加申请补充告知》，并务必提供投保人银行账号用于支付追加保险费）																																				
	☐ 其他，请详述：_____																																				
☐ B05 犹豫期退保 请同时递交纸质保单正本	请贵公司依照保险合同约定给付退保金予本保险合同投保人，如有其它附加金额，亦请一并退还。自本人申请终止本保险合同之日起，贵公司所承担之保险责任即行终止。 退保原因（此项必须勾选）： ●急需资金 ☐ 其他投资 ☐ 家庭急用 ●服务不佳 ☐ 营销员服务欠佳 ☐ 公司售后服务欠佳 ●购买其他保单 ☐ 安联人寿保单（需额外签署《退保声明书》） ☐ 其他公司保单 ●市场环境影晌 ☐ 货币/资本市场波动 ☐ 银行升/降息 ●产品不适合 ☐ 保费太高 ☐ 保障太少 ☐ 交费期长 ☐ 与自己需求不符 ☐ 投资收益不理想 ●其他，请详述：_____																																				
☐ B07 降低主合同保险金额	降低主合同保险金额为_____元（若本合同所附的附加合同为安联附加安赢恒瑞两全保险，该附加险的保额将随主险保费的减少而降低） 原因（此项必须勾选）： ☐ 家庭急用 ☐ 营销员服务欠佳 ☐ 公司售后服务欠佳 ☐ 购买其他保单 ☐ 其他，请详述：_____																																				
☐ B08 减额缴清	保单中止不可办理减额缴清，减额缴清后的保额需符合本公司规定对应险种的最低保额的要求，所附的其它附加合同自动解除（条款另有约定的除外）。 本合同及所附的附加合同的基本保险金额所对应的现金价值的和扣除保单欠款后的净额将作为一次交清的保险费，同时相应减少它们的基本保险金额。减少后的基本保险金额将代替原保险单所载的基本保险金额。减额缴清可能会遭受一定的损失，故请您慎重考虑和决定。																																				
☐ B09 复效	请同时填写《健康风险声明》，如有相关病历或检验报告，需一并提供。																																				
B10 附加险修改 ☐ 新增附加险 新增一年期附加险需选择自动申请续保选项，若未选择默认自动申请续保 ☐ 取消附加险 ☐ 降低附加险保险金额 保额降低的部分视为退保，安联人寿将退还保额降低部分所对应的现金价值	<table><tr><th>附加险名称</th><th>保险金额（变更前）</th><th>保险金额（变更后）</th><th>保险期限</th><th>交费期限</th><th>自动申请续保</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>☐是☐否</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>☐是☐否</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>☐是☐否</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>☐是☐否</td></tr></table> 增加豁免类产品或增加被保险人请填写：被保险人姓名_____ 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《个人税收居民身份声明》。							附加险名称	保险金额（变更前）	保险金额（变更后）	保险期限	交费期限	自动申请续保						☐ 是 ☐ 否						☐ 是 ☐ 否						☐ 是 ☐ 否						☐ 是 ☐ 否
附加险名称	保险金额（变更前）	保险金额（变更后）	保险期限	交费期限	自动申请续保																																
					☐ 是 ☐ 否																																
					☐ 是 ☐ 否																																
					☐ 是 ☐ 否																																
					☐ 是 ☐ 否																																
安联人寿未授权任何个人或机构作出与本保险合同各事项及保险条款不相符的解释、说明、承诺或保证，除经安联人寿正式程序修改或批注的内容外，与本保险合同各事项及保险条款不相符的任何书面或口头的解释、说明、承诺或保证均属无效。 为未成年人投保的人身保险，因被保险人身故给付的保险金总和不得超过国务院保险监督管理机构规定的限额（对于被保险人不满 10 周岁的，不得超过人民币 20 万元；对于被保险人已满 10 周岁但未满 18 周岁的，不得超过人民币 50 万元），身故给付的保险金额总和约定也不得超过前述限额。本公司可以承保的身故给付保险金额总和为（前述限额-被保险人已经参保的身故给付保险金额）。 是否为“当地社会医疗保险”参保人员 ☐ 是 ☐ 否（请勾选） 若申请增加附加险为新型产品，请投保人在本栏亲笔抄录下列引导内文字：“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。”																																					
☐ B11 附加险犹豫期退保	原因（此项必须勾选）： ☐ 家庭急用 ☐ 营销员服务欠佳 ☐ 公司售后服务欠佳 ☐ 购买其他保单 ☐ 其他，请详述：_____																																				
☐ B12 附加险退保	附加险名称	保险金额		保险期限		交费期限																															
	附加险名称	保险金额		保险期限		交费期限																															
☐ B13 红利领取	☐ 领取累积生息的红利 ☐ 领取增额红利																																				
☐ B14 生存金/年金领取	☐ 全部领取 ☐ 部分领取 领取金额_____元																																				
B16 变更客户基本信息 ☐ 投保人 ☐ 被保险人 ☐ 受益人 如变更信息包含非中国大陆的内容，请额外填写《个人税收居民身份声明》	☐ 姓名_____ ☐ 国籍_____ ☐ 出生地所属国家_____ ☐ 证件有效期_____年_____月_____日至_____年_____月_____日																																				
	☐ 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《个人税收居民身份声明》。																																				
	☐ 移动电话（+_____）_____ ☐ 固定电话（区号）（+_____）-（_____）-_____																																				
	☐ 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）																																				
	☐ 通讯地址_____ ☐ 邮政编码_____																																				
建议您选用位于中华人民共和国境内（不含港澳台）的联系电话及地址作为联系方式；否则，可能导致无法联系、信件延误或无法送达，因此产生的风险本公司不承担责任。																																					

B17变更客户重要信息 ☐ 投保人 ☐ 被保险人 ☐ 受益人 如变更信息包含非中国大陆的内容，请额外填写《个人所得税居民身份声明》	☐ 出生日期_____ ☐ 职业/具体工作_____ ☐ 职业代码_____ ☐ 性别_____ ☐ 有效证件类型_____ ☐ 证件号码_____ ☐ 其他_____																									
B18变更客户 ☐ 变更身故受益人 ☐ 变更生存受益人 ☐ 变更投保人	变更后受益人为： <table><tr><td>姓名</td><td>与被保险人关系</td><td>性别</td><td>出生日期</td><td>有效证件类型及号码</td><td>证件有效期(起期-止期)</td><td>联系方式</td><td>受益顺序</td><td>受益份额</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 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。									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(起期-止期)	联系方式	受益顺序	受益份额								
	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(起期-止期)	联系方式	受益顺序	受益份额																	
	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_____ 年_____ 月_____ 日至_____ 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》。 原因（此项必须勾选）：☐ 家庭资产规划☐ 家庭关系变更☐ 被保险人成年☐ 原投保人身故☐ 其他，请详述：_____																									
	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：_____																									
☐ 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_____ <table><tr><td>被保险人签名变更为</td><td></td><td>投保人签名变更为</td><td></td></tr></table>									被保险人签名变更为		投保人签名变更为															
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 领款人：	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，有可能会出现年度 12 个月缴费总金额大于年缴费金额的情况，请您根据实际情况需要进行选择。																									
☐ 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	☐ 一年期可重新投保主险是否自动申请续保（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，无需在每次划款前征求本人意见。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（完全民事行为能力人）已明确知晓并理解保险条款，特别是免除保险责任的条款，（若是分红型、万能型、投资连结型保险产品）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。新投保人同时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信息进行更新；若涉及投保人、被保险人基本信息变更且名下有多张保单的，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人，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、司法行政机关以及与安联人寿合作的第三方机构（包括但不限于中国银行保险信息技术管理有限公司、上海保险交易所股份有限公司及其合作伙伴）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；并授权安联人寿拟提供有效性核验、保护消费者合法权益、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、行业协会以及安联人寿合作的第三方机构（包括但不限于中国银行保险信息技术管理有限公司、上海保险交易所股份有限公司及其合作伙伴）或其人员以合法方式相互提供、收集、加工分析、存储、登记与合理使用本人（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/AZI22。 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。 6) 本人（我们）同意保险公司将本人及保单关系信息与行业通用和法规要求的黑名单等进行核查，若匹配则接受本次变更申请不予通过。																										
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。