

光大永明人寿保险有限公司

保险合同变更申请书

一、保险单号码 申请人 (投保人口第 被保险人人口其他 ) 申请日期 年 月 日
填写说明: 请申请人用蓝、黑色签字笔或钢笔亲笔填写并签名; 请保持申请书签名与留存本公司的签名样本一致。

二、变更项目及内容:

1 客户资料变更
请选择变更对象: 投保人口 被保险人口 其他被保险人口 (第 被保险人) 受益人口
姓名: 性别: 出生日期: 国籍:
职业: 职业类别: 职业代码:
证件类型: 证件有效期:
证件号码:
变更原因:
2 客户联系方式变更
请选择变更对象: 投保人口 被保险人口 其他被保险人口 (第 被保险人) 受益人口
2.1 信函寄送方式: 电子信函 短信信函 微信信函 2.2 电子邮箱:
2.3 联系地址: 省/ 市 邮编:
2.4 家庭电话: 区号 电话 移动电话:
办公电话: 区号 电话 工作单位:
3 交费信息变更
3.1 银行账号变更: 开户银行: 户名:
结算账号:
声明: 该账户为投保人以本人真实姓名开立的结算账户, 并自愿授权贵公司使用该银行账户进行保险款项转账收付。
变更原因: 为方便交费 原账号已销户 原账号丢失 自交变更为银行转账 其他
3.2 续期交费方式变更为: 自交 转账 自交方式变更为转账方式, 须同时填写本申请第3.1项银行账号变更。
4 红利领取方式变更
变更为: 现金红利 累计生息 抵交保费 现金领取后转入万能账户 其他
5 年金领取方式变更
变更为: 一次领取 终身领取 定期领取 定期保证领取 定期保证终身领取 其他
6 年金领取频率变更
变更为: 年领 月领 其他
7 逾期未付选择权变更
变更为: 合同中止 保险费自动垫交 填写本栏时, 请仔细阅读保险合同条款中《保险费自动垫交》的相关内容。
8 保单迁移 申请本项须同时填写第3项银行账号变更。
迁出地: 迁入地: 手机号:
迁入地联系地址: 省/ 市 邮编:
9 投保人变更
新投保人姓名: 性别: 出生日期: 国籍:
婚姻状况: 已婚 未婚 离异 丧偶 与被保险人关系: 本人 配偶 其他
证件类型: 证件有效期:
证件号码: 电子邮箱:
工作单位: 职业: 职业类别: 职业代码:
家庭电话: 手机: 信函寄送方式: 年收入: 变更原因:
联系地址: 省/ 市 邮编:
变更后, 新投保人将履行本合同约定的投保人的相关权利和义务。如已指定第二投保人将一并撤消。
10 第 被保险人身故保险金受益人变更
受益人姓名: 性别: 出生日期: 国籍:
证件类型: 证件有效期:
证件号码: 职业:
受益顺序: 受益比例(%): 与被保险人关系:
联系电话: 联系地址: 省/ 市
11 交费频率变更
变更为: 月交 季交 半年交 年交
12 交费期限变更
变更后交费期限: 年
13 保单补发
投保人声明: 原保险合同自申请之日起作废, 贵公司根据原保险合同的内容补发且只依据补发的保险合同承担保险责任。原保险合同无任何转让、质押事实, 也无相关的债务及其它诉讼事项。因保险合同遗失而造成的其它后果由本人承担。
申请人签字:
本公司根据您的申请, 补发上述保险单号的保险合同文本一份, 并将严格按照合同当事人双方的约定履行保险人的义务, 原合同作废。
14 满期后续保
第 被保险人 险种: 续保期限至 年 月 日
15 保险金额变更
减少保险金额原因: 经济原因 家庭原因 医疗原因 其他
增加 减少 第 被保险人 险 保额由: 元 变更为: 元
16 保单复效
保险合同复效后, 根据条款约定将重新计算观察期。请同时填写《健康告知》

