



个人保险合同保全变更申请书

变更申请须知

- 1、对于保险合同的变更，将涉及一些重大权益的调整，请您于申请前进行周全的考虑。
- 2、如果您申请的变更项目，存在部分或全部申请项目不符合法律规定或者保险合同的约定，该申请项目无效。
- 3、除第2条规定的情形外，本申请书经和谐健康保险股份有限公司（以下称我公司）加盖业务专用章后，方可作为变更申请的依据。
- 4、请保持申请书签名与留存于我公司的签名样本一致。为维护您的权益，请勿在空白申请书上签名。
- 5、请用黑色钢笔或者签字笔于申请变更项目前的□中打“√”，并填写进行变更的信息，未填写的内容视为未申请调整。
- 6、当申请投保人变更时，新投保人须明确自己所享有的保险合同项下相关的权利与义务。同时，原投保人所有的权利、义务、欠款与利息以及所有未领款项均须转至新投保人名下。
- 7、当申请新增附加险时，请确认我公司的保险销售人员已经向您详细解释了该险种的保险责任与责任免除等关键条款，且您对于保险责任与责任免除等关键条款均认可。
- 8、如您同时申请多张保单的变更，每张保单均须填写相应的变更申请书。仅当您对多张保单提交同一保全申请、并调整为同一信息时方可填写于一张变更申请书中。
- 9、※号标注项目需同时填写“健康告知问卷”。
- 10、新投保人签名栏仅限投保人变更项目。
- 11、无相应的保全项目或说明请填写在第18项中。

申请信息

保险合同号码															
投保人					被保险人					申请日期	年			月	日
申请人类型	☐ 投保人	☐ 被保险人	申请人证件号码												
申请类型	☐ 申请人本人亲办 ☐ 委托业务人员代办 ☐ 委托其他人代办														

授权信息填写栏

如授权他人至我公司代办业务，请填写以下委托信息：

本人_____现委托_____（证件类型：_____受托人有效证件号码：_____）在_____年_____月_____日至_____年_____月_____日期间内代办此保单号下的如下变更申请事宜。

☐ 1、客户基本资料变更	变更对象	☐ 投保人 ☐ 被保险人														
	联系地址												邮政编码			
	移动电话					办公电话					住宅电话					
	电子邮箱					工作单位										
	婚姻状况					国 籍										
☐ ※2、客户重要资料变更	变更对象	☐ 投保人 ☐ 被保险人														
	客户姓名					证件类型					性别			出生日期		
	证件号码															
☐ 3、投保人银行账号变更	账户持有人若因故结清账户，应重新开立账户，并及时通知本公司进行变更。															
	开户银行					账户所有人姓名					账户类型					
	银行账号															
☐ 4、受益人变更	身故受益人姓名	性别	出生日期	受益顺序	受益比例	与被保险人关系	证件类型	证件号码								
	联系地址：_____ 联系电话：_____															
☐ 5、退保	退保性质： ☐ 犹豫期内退保 ☐ 退保															
	退保险种： ☐ 整单退保 ☐ _____主险退保 ☐ 附加险_____退保															
	退保原因： ☐ 收入下降 ☐ 急需用钱 ☐ 人情投保 ☐ 服务不理想 ☐ 分红不理想 ☐ 保障不符合需求 ☐ 理赔不满意 ☐ 其他_____															
注：投保人在犹豫期后要求解除合同时，根据保险条款约定扣除相关费用后退还保单账户价值或现金价值。																
☐ 6、缴费频率变更	☐ 年交 ☐ 半年交 ☐ 季交 ☐ 月交															
☐ 7、缴费期限变更	_____险种缴费期限变更为_____年 _____险种缴费期限变更为_____年															
☐ 8、挂失及补发合同	投保人声明：自保险单补发之日起，原保险单作废。本次补发为第_____次补发。 注：补发合同需交纳工本费人民币 10 元。															
☐ 9、年金、满期金给付	被保险人/生存受益人姓名_____ 身份证号码_____															
☐ 10、账户部分领取	本次领取金额小写：人民币_____元 大写：人民币_____															

☐ 11、贷款清偿	申请清偿保单借款_____元（贷款本金与利息之和）											
☐ 12、保单迁移	迁往城市			省			市			联系电话		
	保单迁移后请同时申请保单基本信息变更及客户基本资料变更											
☐ ※13、投保人变更	新投保人姓名			与被保险人关系			证件类型					
	性别			出生日期			婚姻状况					
	证件号码											
	联系地址						邮政编码					
	移动电话			办公电话			住宅电话					
	职业代码			工作单位								
	开户银行			账户所有人姓名			账户类型					
	银行账号											
☐ ※14 复效	本次复效险种选择 ☐ 只复效主险 ☐ 主险与附加长期险_____一同复效											
☐ ※15、个人新增附加险	险种名称			被保险人			保额/档次/份数			交费年期		
☐ ※16 职业变更	☐ 投保人 ☐ 被保险人			职业变更时间			变更后职业及代码					
☐ ※17、补充告知	告知对象 ☐ 投保人 ☐ 被保险人 （请对告知时间、内容作详细描述）											
☐ 18、其他_____												
保 险 款 项 收 付 方 式 信 息												
如果本次保全申请涉及补、退费，本公司将通过银行转账的方式扣款或支付。请填写以下账户信息，并提供存折复印件： 开户银行：_____ 账户持有人：_____ 转账账号：_____												
注：填写本栏视为投保人和被保险人均已详细阅读并同意以下声明内容： 1、账户持有人须以本人真实姓名开立银行账户，并自愿授权和谐健康保险股份有限公司（以下简称本公司）使用指定银行账户（以下简称授权账户）用于保险款项转账扣款或支付； 2、如果因授权账户错误、账户注销、账户金额不足或授权账户不符合本公司对授权账户要求而导致转账不成功，本公司无须承担由此引起的责任； 3、如果申请事项存在退费，且申请人提供的账户为他人持有，本公司视同申请人可以从该账户中取得该笔退费，由此引起的纠纷，由申请人自行承担； 4、本公司不对该授权账户的失窃或冒领承担责任。												
申请人声明： 本人申请如上项目进行变更，并同意变更的生效日以贵公司出具的批注中的生效时间为准。 受托人声明： 第一、受托人保证委托人的签名为亲笔签名，如有纠纷，受托人自愿承担相应责任； 第二、受托人在授权有效期内代为办理委托，严格遵循委托人的真实意愿，所实施的行为如超出授权范围，受托人自愿承担相应责任。												
投保人（签名）						联系电话						
新投保人（签名）						联系电话						
被保险人(生存保险金受益人)或其法定监护人（签名）						联系电话						
受托人（签名）						联系电话						
营业部（渠道）						业务员代码						
公 司 受 理 人 填 写 栏												
非资格人亲办退费业务是否已按话术回访： ☐ 是 ☐ 否 告知领取金额：_____												
公司受理人员签名 受理日期_____年_____月_____日												



个人保险合同保全变更申请书

变更申请须知

- 对于保险合同的变更，将涉及一些重大权益的调整，请您于申请前进行周全的考虑。
- 如果您申请的变更项目，存在部分或全部申请项目不符合法律规定或者保险合同的约定，该申请项目无效。
- 除第2条规定的情形外，本申请书经和谐健康保险股份有限公司（以下称我公司）加盖业务专用章后，方可作为变更申请的依据。
- 请保持申请书签名与留存于我公司的签名样本一致。为维护您的权益，请勿在空白申请书上签名。
- 请用黑色钢笔或者签字笔于申请变更项目前的□中打“√”，并填写进行变更的信息，未填写的内容视为未申请调整。
- 当申请投保人变更时，新投保人须明确自己所享有的保险合同项下相关的权利与义务。同时，原投保人所有的权利、义务、欠款与利息以及所有未领款项均须转至新投保人名下。
- 当申请新增附加险时，请确认我公司的保险销售人员已经向您详细解释了该险种的保险责任与责任免除等关键条款，且您对于保险责任与责任免除等关键条款均认可。
- 如您同时申请多张保单的变更，每张保单均须填写相应的变更申请书。仅当您对多张保单提交同一保全申请、并调整为同一信息时方可填写于一张变更申请书中。
- ※号标注项目需同时填写“健康告知问卷”。
- 新投保人签名栏仅限投保人变更项目。
- 无相应的保全项目或说明请填写在第18项中。

申请信息

保险合同号码															
投保人					被保险人					申请日期	年			月	日
申请人类型	☐ 投保人		☐ 被保险人		申请人证件号码										
申请类型	☐ 申请人本人亲办 ☐ 委托业务人员代办 ☐ 委托其他人代办														

授权信息填写栏

如授权他人至我公司代办业务，请填写以下委托信息：

本人_____现委托_____（证件类型：_____受托人有效证件号码：_____）在_____年____月____日至_____年____月____日期间内代办此保单号下的如下变更申请事宜。

☐ 1、客户基本资料变更	变更对象	☐ 投保人 ☐ 被保险人														
	联系地址												邮政编码			
	移动电话					办公电话					住宅电话					
	电子邮箱							工作单位								
	婚姻状况							国 籍								
☐ ※2、客户重要资料变更	变更对象	☐ 投保人 ☐ 被保险人														
	客户姓名					证件类型					性别			出生日期		
	证件号码															
☐ 3、投保人银行账号变更	账户持有人若因故结清账户，应重新开立账户，并及时通知本公司进行变更。															
	开户银行							账户所有人姓名					账户类型			
	银行账号															
☐ 4、受益人变更	身故受益人姓名	性别	出生日期	受益顺序	受益比例	与被保险人关系	证件类型	证件号码								
	联系地址：_____ 联系电话：_____															
☐ 5、退保	退保性质： ☐ 犹豫期内退保 ☐ 退保															
	退保险种： ☐ 整单退保 ☐ _____主险退保 ☐ 附加险_____退保															
	退保原因： ☐ 收入下降 ☐ 急需用钱 ☐ 人情投保 ☐ 服务不理想 ☐ 分红不理想 ☐ 保障不符合需求 ☐ 理赔不满意 ☐ 其他_____															
注：投保人在犹豫期后要求解除合同时，根据保险条款约定扣除相关费用后退还保单账户价值或现金价值。																
☐ 6、缴费频率变更	☐ 年交 ☐ 半年交 ☐ 季交 ☐ 月交															
☐ 7、缴费期限变更	_____险种缴费期限变更为_____年 _____险种缴费期限变更为_____年															
☐ 8、挂失及补发合同	投保人声明：自保险单补发之日起，原保险单作废。本次补发为第_____次补发。 注：补发合同需交纳工本费人民币 10 元。															
☐ 9、年金、满期金给付	被保险人/生存受益人姓名_____ 身份证号码_____															
☐ 10、账户部分领取	本次领取金额小写：人民币_____元 大写：人民币_____															

☐ 11、贷款清偿	申请清偿保单借款_____元（贷款本金与利息之和）											
☐ 12、保单迁移	迁往城市			省			市			联系电话		
	保单迁移后请同时申请保单基本信息变更及客户基本资料变更											
☐ ※13、投保人变更	新投保人姓名			与被保险人关系			证件类型					
	性别			出生日期			婚姻状况					
	证件号码											
	联系地址						邮政编码					
	移动电话			办公电话			住宅电话					
	职业代码			工作单位								
	开户银行			账户所有人姓名			账户类型					
	银行账号											
☐ ※14 复效	本次复效险种选择 ☐ 只复效主险 ☐ 主险与附加长期险_____一同复效											
☐ ※15、个人新增附加险	险种名称			被保险人			保额/档次/份数			交费年期		
☐ ※16 职业变更	☐ 投保人 ☐ 被保险人			职业变更时间			变更后职业及代码					
☐ ※17、补充告知	告知对象 ☐ 投保人 ☐ 被保险人 （请对告知时间、内容作详细描述）											
☐ 18、其他_____												
保 险 款 项 收 付 方 式 信 息												
如果本次保全申请涉及补、退费，本公司将通过银行转账的方式扣款或支付。请填写以下账户信息，并提供存折复印件： 开户银行：_____ 账户持有人：_____ 转账账号：_____												
注：填写本栏视为投保人和被保险人均已详细阅读并同意以下声明内容： 1、账户持有人须以本人真实姓名开立银行账户，并自愿授权和谐健康保险股份有限公司（以下简称本公司）使用指定银行账户（以下简称授权账户）用于保险款项转账扣款或支付； 2、如果因授权账户错误、账户注销、账户金额不足或授权账户不符合本公司对授权账户要求而导致转账不成功，本公司无须承担由此引起的责任； 3、如果申请事项存在退费，且申请人提供的账户为他人持有，本公司视同申请人可以从该账户中取得该笔退费，由此引起的纠纷，由申请人自行承担； 4、本公司不对该授权账户的失窃或冒领承担责任。												
申请人声明： 本人申请如上项目进行变更，并同意变更的生效日以贵公司出具的批注中的生效时间为准。 受托人声明： 第一、受托人保证委托人的签名为亲笔签名，如有纠纷，受托人自愿承担相应责任； 第二、受托人在授权有效期内代为办理委托，严格遵循委托人的真实意愿，所实施的行为如超出授权范围，受托人自愿承担相应责任。												
投保人（签名）						联系电话						
新投保人（签名）						联系电话						
被保险人(生存保险金受益人)或其法定监护人（签名）						联系电话						
受托人（签名）						联系电话						
营业部（渠道）						业务员代码						
公 司 受 理 人 填 写 栏												
非资格人亲办退费业务是否已按话术回访： ☐ 是 ☐ 否 告知领取金额：_____												
公司受理人员签名 受理日期_____年_____月_____日												