



中国平安人寿保险股份有限公司

保险合同变更申请书（客户信息变更类）

单证代码: 1758

保单号码: []投保人 [] 申请日期 []年[]月[]日

一、填写说明: 1、请选择您要办理变更的项目, 然后用黑色钢笔或黑色签字笔在变更项目前的□内打√, 并正楷填写需变更的内容, 填写前请详细阅读申请书背面的客户须知及声明。
2、在项目名称前标有★号的, 在申请时需同时填写健康及财务告知。

二、变更项目和内容:

变更客户资料时请勾选变更对象: ☐ 投保人 ☐ 被保险人 ☐ 其他被保险人: []																																							
客户资料	1□客户资料变更 (105) 2□年龄性别更正 (301) 3□★职业变更 (207)	姓名 其他 性别 1□男 2□女 出生日期 []年[]月[]日 新职业	如客户资料变更或年龄性别更正后证件信息有变, 请同时填写以下三项证件信息 证件类型 1□身份证 2□护照 3□军人证 4□港澳台证件 5□出生证 6□户口本 证件号码 [] 证件有效期至 []年[]月[]日 职业代码 (由公司填写) []																																				
	投保人联系信息	4□联系信息变更 (101) 5□保单迁移 (102) 由公司填写迁入二级机构代码: [] 迁入机构部门代码: []	手机 [] 办公电话 区号: [] 电话: [] 家庭电话 区号: [] 电话: [] 首选联系电话 1□家庭电话 2□办公电话 3□手机 EMAIL []	家庭地址 []省/直辖市 []市 []区/县 []邮编 [] 联系地址 []省/直辖市 []市 []区/县 []邮编 [] 投保人变更同时填写 新投保人的国籍: [] 新投保人的学历: []																																			
		6□投保人变更 (302) 变更后请同时变更续期交费方式	投保人变更原因 1□经济原因 2□原投保人身故 3□其他 [] 新投保人是被保险人的 1□本人 2□配偶 3□父母 4□子女 5□其他 []	新投保人姓名 [], 如曾在我公司投保, 请填写任一保单号 [] 是此单的: 1□投保人 2□被保险人 [] 如未投保, 请在客户资料和联系信息区域内填写所有信息																																			
		7□受益人变更 (106) 请填写变更后的全部受益人资料。 8□受益人资料变更 (107) 仅需填写发生变更的内容, 如果同一性质的受益人有多人, 请填写原受益人姓名。 原受益人姓名: [] 请在右表填写变更的受益人资料:	请先确定受益人性别: 1□生存受益人 2□身故受益人; 对应的被保险人: 1□被保险人 2□其他被保险人: [] “证件类型”请填写序号: 1 身份证、2 护照、3 军人证、4 港澳台证件、5 出生证、6 户口本 “是被保险人的”请填写序号: 1 本人、2 配偶、3 父母、4 子女、5 其他: []	<table> <tr> <th>姓名</th> <th>性别</th> <th>出生日期</th> <th>证件类型</th> <th>证件号码</th> <th>证件有效期至</th> <th>是被保险人的</th> <th>受益顺序</th> <th>受益比例</th> </tr> <tr> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]年[]月[]日</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]年[]月[]日</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]%</td> </tr> <tr> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]年[]月[]日</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]年[]月[]日</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]%</td> </tr> <tr> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]年[]月[]日</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]年[]月[]日</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]%</td> </tr> </table>	姓名	性别	出生日期	证件类型	证件号码	证件有效期至	是被保险人的	受益顺序	受益比例	[]	[]	[]年[]月[]日	[]	[]	[]年[]月[]日	[]	[]	[]%	[]	[]	[]年[]月[]日	[]	[]	[]年[]月[]日	[]	[]	[]%	[]	[]	[]年[]月[]日	[]	[]	[]年[]月[]日	[]	[]
姓名		性别	出生日期	证件类型	证件号码	证件有效期至	是被保险人的	受益顺序	受益比例																														
[]	[]	[]年[]月[]日	[]	[]	[]年[]月[]日	[]	[]	[]%																															
[]	[]	[]年[]月[]日	[]	[]	[]年[]月[]日	[]	[]	[]%																															
[]	[]	[]年[]月[]日	[]	[]	[]年[]月[]日	[]	[]	[]%																															

三、保险款项收付方式: 如果您选择转账方式, 请您仔细阅读单证背面“保险款项转账收付授权客户须知”。

保险款项转账方式	1□续期交费账户	2□其他账户	开户银行: []
	请填写详细账户信息		户名: []
		结算账号	[]

四、批单/函件送达方式: 1□邮寄 2□自领 (仅在您申请年龄性别更正/职业变更/投保人变更时勾选, 若您已选择电子函件服务, 我们仅以电子邮件形式发送至您指定的E-mail)

五、申请类型: 1□本人申请 2□委托服务人员代办 3□委托他人代办

六、申请人声明和签名: 本人已经阅读并同意客户信息使用授权声明和客户须知 (客户信息使用授权声明条款和客户须知详见本申请书背面)。

投保人签名: []	被保险人或其监护人签名: []	其他被保险人或其监护人签名: []	受益人或其监护人签名: []	投保人变更后新投保人签名: []
------------	------------------	--------------------	-----------------	-------------------

七、代办人/协办人填写:

代办人签名: []	证件类型: 1□身份证 2□其他 []	证件号码 []
	联系电话: 区号: [] 电话: []	如为业务人员代办, 请同时填写业务人员代码: []

八、公司受理人员填写: 签名: [] 受理日期: []年[]月[]日 备注: [] (受理业务章)

2014年7月版

客户信息使用授权声明条款

本人授权平安集团，除法律另有规定之外，将本人提供给平安集团的信息、享受平安集团服务产生的信息（包括本单证签署之前提供和产生的信息）以及平安集团根据本条约定查询、收集的信息，用于平安集团及其因服务必要委托的合作伙伴为本人提供服务、推荐产品、开展市场调查与信息数据分析。

本人授权平安集团，除法律另有规定之外，基于为本人提供更优质服务和产品的目的，向平安集团因服务必要开展合作的伙伴提供、查询、收集本人的信息。

为确保本人信息的安全，平安集团及其合作伙伴对上述信息负有保密义务，并采取各种措施保证信息安全。

本条款自本单证签署时生效，具有独立法律效力，不受合同成立与否及效力状态变化的影响。

本条所称“平安集团”是指中国平安保险（集团）股份有限公司及其直接或间接控股的公司，以及中国平安保险（集团）股份有限公司直接或间接作为其单一最大股东的公司。

如您不同意上述授权条款的部分或全部，可致电客服热线（95511）取消或变更授权。

申请书填写客户须知

- 1、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约定，该申请项目无效。
- 2、除第1条规定的情形外，本申请书经中国平安人寿保险股份有限公司（以下简称本公司）加盖业务专用章后，即作为变更的依据。
- 3、请保持申请书签名与留存于本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。
- 4、如果您申请年龄性别更正、职业变更、投保人变更，业务办理结果以批单为准。

保险款项转账收付授权客户须知

- 1、账户所有人须以本人真实姓名开立结算账户，并自愿授权本公司使用指定银行结算账户（以下简称授权账户）用于保险款项转账收付。
- 2、如果因授权人提供的授权账户错误、账户注销、账户余额不足或者不符合本公司对授权账户的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、申请事项需要补费的，如果申请人提供的账户为他人所有，并且该账户不是续期交费账户，则应同时提交账户所有人签署的《账户使用授权书》，因申请人提供虚假的《账户使用授权书》而引起的纠纷，由申请人自行承担。
- 4、申请事项存在退费的，如果申请人提供的账户为他人所有，本公司视同申请人可以从该账户中取得该笔款项，由此引起的纠纷，由申请人自行承担。
- 5、本公司不对该授权账户的失窃或冒领承担责任。
- 6、如您本次办理的业务涉及补费，则本次保全变更需扣款金额以批文中约定金额为准，本公司将在受理完成后十个工作日内从您的账户中扣划保费。

职业变更客户须知

- 1、本公司有权对变更对象的所有相关保单进行重新审核。
- 2、请您配合在接到本公司通知后的15日内完成相关的补充资料、填写问卷等调查工作和确认新核保决定。如果逾期未配合完成调查工作，或未确认核保决定，或确认核保决定后未及时办理补费手续，本公司将按以下办法处理：
 - 1) 需要补缴费用的，如果在本保单年度剩余期间内出险，理赔金按实交保险费与应交保险费的比例给付，下期应交保费调整为变更后的保费。
 - 2) 如果被保险人变更后的职业或工种在拒保范围内，保险责任自被保险人职业变更之日起终止，本公司退还未满期净保费。

单证代码:1758

二、变更项目和内容:

	变更客户资料时请勾选变更对象： ☐ 投保人 ☐ 被保险人 ☐ 其他被保险人：_____																										
客 户 资 料	☐ 客户资料变更(105)	姓 名								如客户资料变更或年龄性别更正后证件信息有变，请同时填写以下三项证件信息																	
		其 他								证件类型	☐ 身份证 ☐ 护照 ☐ 军人证 ☐ 港澳台证件 ☐ 出生证 ☐ 户口本																
	☐ 年龄性别更正(301)	性 别	☐ 男		☐ 女		证件号码																				
		出生日期				年			月			日	证件有效期至					年			月			日			
	☒ ★职业变更(207)	新 职 业								职业代码 (由公司填写)																	
投 保 人 联 系 信 息	☐ 联系信息变更(101)	手 机								家庭地址	____省/直辖市_____市_____区/县																
											______邮编 _____																
	☐ 保单迁移(102) 由公 司 填 写 迁入二级机构代码: ----- 迁入机构部门代码:	办公电话	区号：						电 话：						______邮编 _____												
		家庭电话	区号：						电 话：						联系地址	____省/直辖市_____市_____区/县											
			首选联系电话	☐ 家庭电话 ☐ 办公电话												______邮编 _____											
			☐ 手机																								
	EMAIL								投保人变更 请同时填写	新投保人的国籍： 新投保人的学历：																	
☐ 6投保 人 变 更(302) 变更后请同时变更续期交费方式 如果您购买的是投保人身故或全残豁免责任的险种，请同时填写新投保人健康及财务告知。	投保人变更原因	☐ 经济原因 ☐ 原投保人身故 ☐ 3其他 _____					新投保人是被保险人的	☐ 1本人 ☐ 2配偶 ☐ 3父母 ☐ 4子女 ☐ 5其他 _____																			
☐ 7受 益 人 变 更(106) 请填写变更后的全部受益人资料。 ☐ 8受益人资料变更(107) 仅需填写发生变更的内容，如果同一性质的受益人有多人，请填写原受益人姓名。 原受益人姓名：_____ ----- 请在右表填写变更的受益人资料：	新投保人姓名_____，如曾在我公司投保，请填写任一保单号 _____																										
	是此单的： ☐ 1投保人 ☐ 2被保险人 _____如未投保，请在客户资料和联系信息区域内填写所有信息																										
	请先确定受益人性质： ☐ 1生存受益人 ☐ 2身故受益人；对应的被保险人： ☐ 1被保险人 ☐ 2其他被保险人：_____																										
	“证件类型”请填写序号：1身份证、2护照、3军人证、4港澳台证件、5出生证、6户口本																										
“是被保险人的”请填写序号：1本人、2配偶、3父母、4子女、5其他：_____																											
	姓 名	性 别	出 生 日 期			证 件 类 型	证 件 号 码					证件有效期至			是 被 保 险 人 的	受 益 顺 序	受 益 比 例										
			年 月 日									年 月 日					%										
			年 月 日									年 月 日					%										
			年 月 日									年 月 日					%										

三、保险款项收付方式：如果您选择转账方式，请您仔细阅读单证背面“保险款项转账收付授权客户须知”。

保险款项 转账方式	1 ☐ 续期交费账户	2 ☐ 其他账户 请填写详细账户信息	开户银行:						户名:							
			结算账号													

四、批单/函件送达方式: 1 ☐ 邮寄 2 ☐ 自领 (仅在您申请年龄性别更正/职业变更/投保人变更时勾选, 若您已选择电子函件服务, 我们仅以电子邮件形式发送至您指定的E-mail)

五、申请类型: 1 ☐ 本人申请 2 ☐ 委托服务人员代办 3 ☐ 委托他人代办

六、 申请人声明和签名：本人已经阅读并同意客户信息使用授权声明和客户须知（客户信息使用授权声明条款和客户须知详见本申请书背面）。

投保人签名:	被保险人或其监护人签名:	其他被保险人或其监护人签名:	受益人或其监护人签名:	投保人变更后新投保人签名:
--------	--------------	----------------	-------------	---------------

七、代办人/协办人填写:

代办人签名:	证件类型: ☐ 身份证 ☐ 其他.....	证件号码
	联系电话: 区号: 电话:	如为业务人员代办, 请同时填写业务人员代码

八、公司受理人员填写： 签名： 受理日期： 年 月 日 备注： (受理业务章)

2014年7月版

客户信息使用授权声明条款

本人授权平安集团，除法律另有规定之外，将本人提供给平安集团的信息、享受平安集团服务产生的信息（包括本单证签署之前提供和产生的信息）以及平安集团根据本条约定查询、收集的信息，用于平安集团及其因服务必要委托的合作伙伴为本人提供服务、推荐产品、开展市场调查与信息数据分析。

本人授权平安集团，除法律另有规定之外，基于为本人提供更优质服务和产品的目的，向平安集团因服务必要开展合作的伙伴提供、查询、收集本人的信息。

为确保本人信息的安全，平安集团及其合作伙伴对上述信息负有保密义务，并采取各种措施保证信息安全。

本条款自本单证签署时生效，具有独立法律效力，不受合同成立与否及效力状态变化的影响。

本条所称“平安集团”是指中国平安保险（集团）股份有限公司及其直接或间接控股的公司，以及中国平安保险（集团）股份有限公司直接或间接作为其单一最大股东的公司。

如您不同意上述授权条款的部分或全部，可致电客服热线（95511）取消或变更授权。

申请书填写客户须知

- 1、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约定，该申请项目无效。
- 2、除第1条规定的情形外，本申请书经中国平安人寿保险股份有限公司（以下简称本公司）加盖业务专用章后，即作为变更的依据。
- 3、请保持申请书签名与留存于本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。
- 4、如果您申请年龄性别更正、职业变更、投保人变更，业务办理结果以批单为准。

保险款项转账收付授权客户须知

- 1、账户所有人须以本人真实姓名开立结算账户，并自愿授权本公司使用指定银行结算账户（以下简称授权账户）用于保险款项转账收付。
- 2、如果因授权人提供的授权账户错误、账户注销、账户余额不足或者不符合本公司对授权账户的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、申请事项需要补费的，如果申请人提供的账户为他人所有，并且该账户不是续期交费账户，则应同时提交账户所有人签署的《账户使用授权书》，因申请人提供虚假的《账户使用授权书》而引起的纠纷，由申请人自行承担。
- 4、申请事项存在退费的，如果申请人提供的账户为他人所有，本公司视同申请人可以从该账户中取得该笔款项，由此引起的纠纷，由申请人自行承担。
- 5、本公司不对该授权账户的失窃或冒领承担责任。
- 6、如您本次办理的业务涉及补费，则本次保全变更需扣款金额以批文中约定金额为准，本公司将在受理完成后十个工作日内从您的账户中扣划保费。

职业变更客户须知

- 1、本公司有权对变更对象的所有相关保单进行重新审核。
- 2、请您配合在接到本公司通知后的15日内完成相关的补充资料、填写问卷等调查工作和确认新核保决定。如果逾期未配合完成调查工作，或未确认核保决定，或确认核保决定后未及时办理补费手续，本公司将按以下办法处理：
 - 1) 需要补缴费用的，如果在本保单年度剩余期间内出险，理赔金按实交保险费与应交保险费的比例给付，下期应交保费调整为变更后的保费。
 - 2) 如果被保险人变更后的职业或工种在拒保范围内，保险责任自被保险人职业变更之日起终止，本公司退还未满期净保费。