

## — 基本资料变更申请书 —

保险合同编号:	投保人:	本公司受理签章:
---------	------	----------

**申请事项:** (请在申请事项前的方格内打“√”, 并填写变更后的内容, 如需详述, 请在“其它”栏补充说明, 并在不需办理的事项前的方格内打“X”)

01 <input type="checkbox"/> 变更通讯地址 <small>本次将同时变更投保人名下所有保单地址, 不需同时变更的保单请在其他类别明</small>	电子邮箱: _____ @ _____ (填此邮箱表示您同意接受电子信函服务) 通讯地址: _____ 邮政编码: _____ 联系电话: _____ 是否接受短信服务 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																																																														
02 <input type="checkbox"/> 变更授权账号	请填写《保险费自动转账付款及自动转账领款授权书》予以授权。																																																														
03 <input type="checkbox"/> 变更投保人  <small>新投保人签名样本:</small>	新投保人姓名: _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 与被保险人关系: _____ 证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 证件号码: _____ 通讯地址: _____ 邮政编码: _____ 国籍: _____ 证件有效期至: _____ 联系电话/电子邮箱: _____																																																														
04 <input type="checkbox"/> 变更新身故受益人  <small>□ 变更满期保险受益人 如变更满期金受益人, 请留满期受益人签名样本:</small>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">姓名</th> <th style="width: 15%;">性别</th> <th style="width: 15%;">出生日期</th> <th style="width: 15%;">国籍</th> <th style="width: 15%;">与被保险人关系</th> <th style="width: 15%;">受益比例</th> <th style="width: 15%;">受益顺序</th> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____ 年 _____ 月 _____ 日</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td colspan="7">证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 证件有效期至: _____ 证件号码: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="7">通信地址: _____ 联系电话: _____ 职业: _____</td> </tr> <tr> <th style="width: 15%;">姓名</th> <th style="width: 15%;">性别</th> <th style="width: 15%;">出生日期</th> <th style="width: 15%;">国籍</th> <th style="width: 15%;">与被保险人关系</th> <th style="width: 15%;">受益比例</th> <th style="width: 15%;">受益顺序</th> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____ 年 _____ 月 _____ 日</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td colspan="7">证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 证件有效期至: _____ 证件号码: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="7">通信地址: _____ 联系电话: _____ 职业: _____</td> </tr> </table>							姓名	性别	出生日期	国籍	与被保险人关系	受益比例	受益顺序	_____	_____	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____	_____	_____	_____	证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 证件有效期至: _____ 证件号码: _____							通信地址: _____ 联系电话: _____ 职业: _____							姓名	性别	出生日期	国籍	与被保险人关系	受益比例	受益顺序	_____	_____	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____	_____	_____	_____	证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 证件有效期至: _____ 证件号码: _____							通信地址: _____ 联系电话: _____ 职业: _____						
姓名	性别	出生日期	国籍	与被保险人关系	受益比例	受益顺序																																																									
_____	_____	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____	_____	_____	_____																																																									
证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 证件有效期至: _____ 证件号码: _____																																																															
通信地址: _____ 联系电话: _____ 职业: _____																																																															
姓名	性别	出生日期	国籍	与被保险人关系	受益比例	受益顺序																																																									
_____	_____	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____	_____	_____	_____																																																									
证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 证件有效期至: _____ 证件号码: _____																																																															
通信地址: _____ 联系电话: _____ 职业: _____																																																															
05 <input type="checkbox"/> 变更投保人资料  <small>□ 变更被保险人资料 □ 变更受益人资料 如变更投保人/被保险人“姓名”, 请提供新的签名样本:</small>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 姓名</td> <td><input type="checkbox"/> 性别</td> <td><input type="checkbox"/> 出生日期</td> <td><input type="checkbox"/> 证件号码</td> <td>国籍: _____</td> <td>证件有效期至: _____</td> </tr> <tr> <td>姓名: _____</td> <td>性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女</td> <td>出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日</td> <td>证件号码: _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td colspan="6">证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 证件号码: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 姓名</td> <td><input type="checkbox"/> 性别</td> <td><input type="checkbox"/> 出生日期</td> <td><input type="checkbox"/> 证件号码</td> <td>国籍: _____</td> <td>证件有效期至: _____</td> </tr> <tr> <td>姓名: _____</td> <td>性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女</td> <td>出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日</td> <td>证件号码: _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td colspan="6">证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 证件号码: _____</td> </tr> </table>							<input type="checkbox"/> 姓名	<input type="checkbox"/> 性别	<input type="checkbox"/> 出生日期	<input type="checkbox"/> 证件号码	国籍: _____	证件有效期至: _____	姓名: _____	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日	证件号码: _____	_____	_____	证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 证件号码: _____						<input type="checkbox"/> 姓名	<input type="checkbox"/> 性别	<input type="checkbox"/> 出生日期	<input type="checkbox"/> 证件号码	国籍: _____	证件有效期至: _____	姓名: _____	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日	证件号码: _____	_____	_____	证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 证件号码: _____																									
<input type="checkbox"/> 姓名	<input type="checkbox"/> 性别	<input type="checkbox"/> 出生日期	<input type="checkbox"/> 证件号码	国籍: _____	证件有效期至: _____																																																										
姓名: _____	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日	证件号码: _____	_____	_____																																																										
证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 证件号码: _____																																																															
<input type="checkbox"/> 姓名	<input type="checkbox"/> 性别	<input type="checkbox"/> 出生日期	<input type="checkbox"/> 证件号码	国籍: _____	证件有效期至: _____																																																										
姓名: _____	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日	证件号码: _____	_____	_____																																																										
证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 证件号码: _____																																																															
06 <input type="checkbox"/> 补发保险合同	申请补发的原因: _____, 此次为本人第 _____ 次申请补发保险合同, 原保险合同声明作废, 日后因该作废保险合同发生的任何纠纷, 由本人承担全部责任。																																																														
07 <input type="checkbox"/> 变更红利领取方式	<input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 抵交保险费 <input type="checkbox"/> 直接给付 <input type="checkbox"/> 仅本次直接领取, 此后领取方式不变 <input type="checkbox"/> 缴清增额(缴清增额选项只适用于条款中约定有此选项的险种。)																																																														
08 <input type="checkbox"/> 万能寿险额外投资保险费	共(大写): _____ 佰 _____ 拾 _____ 万 _____ 仟 _____ 佰 _____ 拾 _____ 元 <small>￥(小写): _____ 元</small> <small>付款方式: 自动转账(注: 在万能寿险保险费缓缴期及宽限期内, 不受理额外投资保险费)</small> <small>额外投资20万元(含)以上, 需在“其它”栏填写投保、被保险人、法定继承人以外的指定受益人的“证件号码”、“国籍”和“证件有效期至”。</small>																																																														
09 <input type="checkbox"/> 保单借款	请填写《中英人寿保险有限公司保单借款协议书》和《保单借款借据》。 借款金额共(大写): _____ 佰 _____ 拾 _____ 万 _____ 仟 _____ 佰 _____ 拾 _____ 元 <small>￥(小写): _____ 元</small>																																																														
10 <input type="checkbox"/> 变更生存金领取频率  <small>□ 变更生存金领取方式</small>	<input type="checkbox"/> 年领 <input type="checkbox"/> 月领 (此选项只适用于条款中约定生存金有年领方式且有月领方式的险种。) <input type="checkbox"/> 直接领取 <input type="checkbox"/> 累积生息																																																														
11 <input type="checkbox"/> 变更年金领取频率  <small>□ 变更年金领取方式</small>	<input type="checkbox"/> 年期固定年金 <input type="checkbox"/> 年领 <input type="checkbox"/> 月领 (此选项只适用于条款中约定年金领取频率可转换的险种。) <input type="checkbox"/> 直接领取 <input type="checkbox"/> 累积生息																																																														
12 <input type="checkbox"/> 保险金领取	<input type="checkbox"/> 满期金 <input type="checkbox"/> 溢缴保险费 <input type="checkbox"/> 红利 <input type="checkbox"/> 生存金 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 其他 _____																																																														
13 <input type="checkbox"/> 保单还款	<input type="checkbox"/> 全额偿还保单借款本息 <input type="checkbox"/> 只还利息 <input type="checkbox"/> 部分偿还本金 _____ 元及全部利息 <input type="checkbox"/> 取消垫缴																																																														
14 <input type="checkbox"/> 其它																																																															

**随附资料(必填项目):**  保险合同原件  投保人身份证明文件复印件  代办人身份证明文件复印件  银行存折复印件和《保险费自动转账付款及自动转账领款授权书》  其它

**温馨提示:** 为了确保您的权益, 请不要在空白申请书上签名、盖章, 签章之前, 请再次核对您填写的内容。如您的联系电话及联系地址等客户信息发生变更, 请及时办理更正手续。

投保人签名: \_\_\_\_\_ 被保险人/监护人签名: \_\_\_\_\_ 受益人签名: \_\_\_\_\_

签署日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 签署日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 签署日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日



代办人签名：\_\_\_\_\_ 签署日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 代办人联系电话：\_\_\_\_\_

如代办人为本公司或经代公司在职代理人，请填写：

代理人姓名：

代理人代码：

营业处代码/经代公司：

联系电话：

请您注意：

- 在填写《基本资料变更申请书》时，请您使用黑色、蓝黑色钢笔或签字笔在申请书上逐项填写。
- 为保障您的权益，《基本资料变更申请书》上的所有签名均应为本人亲笔签名，他人不得代签；若被保险人为未成年人，应由该未成年人的法定监护人在“被保险人/法定监护人签名”栏处签署法定监护人本人的姓名。
- 如所提供的证件为非中华人民共和国居民身份证件，请在所填写的号码旁注明证件类型。
- 我司会通过银行转帐收取续期保费，不收取现金，请勿将现金转交任何人。

应备文件一览表：

序号	项目	应备文件										申请时间
		基本资料变更申请书	保险合同原件	须提供复印件（原件）	投保人件（原件）	须提供复印件（原件）	被保险人件（原件）	须提供复印件（原件）	受益人件（原件）	非服务代理人委托授权证书	明文件和身份证件	
01	变更通讯地址	√										√
02	变更授权账号	√									√	√
03	变更投保人	√		新、旧投保人					√	√	注3	√
04	变更受益人	√	√				受益人		√		√	√
	变更投保人资料	√		√					√		√	
05	变更被保险人资料	√					被保险人		√		√	√
	变更受益人资料	√					受益人		√		√	√
06	补发保险合同	√							√		√	
07	变更红利领取方式	√							√	√	√	
08	万能寿险额外投资保险费	√		20万以上要提供					√	√	√	合同有效期内（缓期期除外）
09	保单借款	√	√	原件				不受理代办	√	√	√	累计有现金价值或账户价值
10	变更生存金领取频率	√								√		合同有效期内，最后一年生存金开始领取之前
11	变更生存金领取方式	√			√（注4）					√	√	√
12	变更年金领取频率	√									√	√
13	满期金领取	√	√	原件	原件	原件			受益人	√	√	合同有效且在满期前30天内

注：

- 如您变更通讯地址、联系电话等信息，请直接拨打我们的客服热线95545办理，可免填写《基本资料变更申请书》。
- 身份证明文件包括：有效期内身份证、临时身份证、军人证、港澳居民往来内地通行证、台湾居民往来大陆通行证、外国公民护照及我司请您准备的其它辅助证明文件。**
- 申请变更投保人时，原投保人需在申请书中的“投保人签名”处签名。
- 申请11项变更时，由累积生息变更为直接领取时，如被保险人未成年，需提供投保人身份证件。

## — 基本资料变更申请书 —

保险合同编号:	投保人:	本公司受理签章:
---------	------	----------

**申请事项:** (请在申请事项前的方格内打“√”, 并填写变更后的内容, 如需详述, 请在“其它”栏补充说明, 并在不需办理的事项前的方格内打“X”)

01 <input type="checkbox"/> 变更通讯地址 <small>本次将同时变更投保人名下所有保单地址, 不需同时变更的保单请在其他类别明</small>	电子邮箱: _____ @ _____ (填此邮箱表示您同意接受电子信函服务) 通讯地址: _____ 邮政编码: _____ 联系电话: _____ 是否接受短信服务 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																																																														
02 <input type="checkbox"/> 变更授权账号	请填写《保险费自动转账付款及自动转账领款授权书》予以授权。																																																														
03 <input type="checkbox"/> 变更投保人  <small>新投保人签名样本:</small>	新投保人姓名: _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 与被保险人关系: _____ 证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 证件号码: _____ 通讯地址: _____ 邮政编码: _____ 国籍: _____ 证件有效期至: _____ 联系电话/电子邮箱: _____																																																														
04 <input type="checkbox"/> 变更新身故受益人  <small>□ 变更满期保险受益人 如变更满期金受益人, 请留满期受益人签名样本:</small>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">姓名</th> <th style="width: 15%;">性别</th> <th style="width: 15%;">出生日期</th> <th style="width: 15%;">国籍</th> <th style="width: 15%;">与被保险人关系</th> <th style="width: 15%;">受益比例</th> <th style="width: 15%;">受益顺序</th> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____ 年 _____ 月 _____ 日</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td colspan="7">证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 证件有效期至: _____ 证件号码: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="7">通信地址: _____ 联系电话: _____ 职业: _____</td> </tr> <tr> <th style="width: 15%;">姓名</th> <th style="width: 15%;">性别</th> <th style="width: 15%;">出生日期</th> <th style="width: 15%;">国籍</th> <th style="width: 15%;">与被保险人关系</th> <th style="width: 15%;">受益比例</th> <th style="width: 15%;">受益顺序</th> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____ 年 _____ 月 _____ 日</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td colspan="7">证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 证件有效期至: _____ 证件号码: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="7">通信地址: _____ 联系电话: _____ 职业: _____</td> </tr> </table>							姓名	性别	出生日期	国籍	与被保险人关系	受益比例	受益顺序	_____	_____	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____	_____	_____	_____	证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 证件有效期至: _____ 证件号码: _____							通信地址: _____ 联系电话: _____ 职业: _____							姓名	性别	出生日期	国籍	与被保险人关系	受益比例	受益顺序	_____	_____	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____	_____	_____	_____	证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 证件有效期至: _____ 证件号码: _____							通信地址: _____ 联系电话: _____ 职业: _____						
姓名	性别	出生日期	国籍	与被保险人关系	受益比例	受益顺序																																																									
_____	_____	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____	_____	_____	_____																																																									
证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 证件有效期至: _____ 证件号码: _____																																																															
通信地址: _____ 联系电话: _____ 职业: _____																																																															
姓名	性别	出生日期	国籍	与被保险人关系	受益比例	受益顺序																																																									
_____	_____	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____	_____	_____	_____																																																									
证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 证件有效期至: _____ 证件号码: _____																																																															
通信地址: _____ 联系电话: _____ 职业: _____																																																															
05 <input type="checkbox"/> 变更投保人资料  <small>□ 变更被保险人资料 □ 变更受益人资料 如变更投保人/被保险人“姓名”, 请提供新的签名样本:</small>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">□ 姓名 <input type="checkbox"/> 性别 <input type="checkbox"/> 出生日期 <input type="checkbox"/> 证件号码 <input type="checkbox"/> 国籍: _____ 证件有效期至: _____</td> <td style="width: 50%;">姓名: _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2">证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 证件号码: _____</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">□ 姓名 <input type="checkbox"/> 性别 <input type="checkbox"/> 出生日期 <input type="checkbox"/> 证件号码 <input type="checkbox"/> 国籍: _____ 证件有效期至: _____</td> <td style="width: 50%;">姓名: _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2">证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 证件号码: _____</td> </tr> </table>							□ 姓名 <input type="checkbox"/> 性别 <input type="checkbox"/> 出生日期 <input type="checkbox"/> 证件号码 <input type="checkbox"/> 国籍: _____ 证件有效期至: _____	姓名: _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日	证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 证件号码: _____		□ 姓名 <input type="checkbox"/> 性别 <input type="checkbox"/> 出生日期 <input type="checkbox"/> 证件号码 <input type="checkbox"/> 国籍: _____ 证件有效期至: _____	姓名: _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日	证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 证件号码: _____																																																	
□ 姓名 <input type="checkbox"/> 性别 <input type="checkbox"/> 出生日期 <input type="checkbox"/> 证件号码 <input type="checkbox"/> 国籍: _____ 证件有效期至: _____	姓名: _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日																																																														
证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 证件号码: _____																																																															
□ 姓名 <input type="checkbox"/> 性别 <input type="checkbox"/> 出生日期 <input type="checkbox"/> 证件号码 <input type="checkbox"/> 国籍: _____ 证件有效期至: _____	姓名: _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日																																																														
证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 证件号码: _____																																																															
06 <input type="checkbox"/> 补发保险合同	申请补发的原因: _____, 此次为本人第 _____ 次申请补发保险合同, 原保险合同声明作废, 日后因该作废保险合同发生的任何纠纷, 由本人承担全部责任。																																																														
07 <input type="checkbox"/> 变更红利领取方式	<input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 抵交保险费 <input type="checkbox"/> 直接给付 <input type="checkbox"/> 仅本次直接领取, 此后领取方式不变 <input type="checkbox"/> 缴清增额(缴清增额选项只适用于条款中约定有此选项的险种。)																																																														
08 <input type="checkbox"/> 万能寿险额外投资保险费	共(大写): _____ 佰 _____ 拾 _____ 万 _____ 仟 _____ 佰 _____ 拾 _____ 元 ￥(小写): _____ 元 付款方式: 自动转账(注: 在万能寿险保险费缓缴期及宽限期内, 不受理额外投资保险费) 额外投资20万元(含)以上, 需在“其它”栏填写投保、被保险人、法定继承人以外的指定受益人的“证件号码”、“国籍”和“证件有效期至”。																																																														
09 <input type="checkbox"/> 保单借款	请填写《中英人寿保险有限公司保单借款协议书》和《保单借款借据》。 借款金额共(大写): _____ 佰 _____ 拾 _____ 万 _____ 仟 _____ 佰 _____ 拾 _____ 元 ￥(小写): _____ 元																																																														
10 <input type="checkbox"/> 变更生存金领取频率  <small>□ 变更生存金领取方式</small>	<input type="checkbox"/> 年领 <input type="checkbox"/> 月领(此选项只适用于条款中约定生存金有年领方式且有月领方式的险种。) <input type="checkbox"/> 直接领取 <input type="checkbox"/> 累积生息																																																														
11 <input type="checkbox"/> 变更年金领取频率  <small>□ 变更年金领取方式</small>	<input type="checkbox"/> 年期固定年金 <input type="checkbox"/> 年领 <input type="checkbox"/> 月领(此选项只适用于条款中约定年金领取频率可转换的险种。) <input type="checkbox"/> 直接领取 <input type="checkbox"/> 累积生息																																																														
12 <input type="checkbox"/> 保险金领取	<input type="checkbox"/> 满期金 <input type="checkbox"/> 溢缴保险费 <input type="checkbox"/> 红利 <input type="checkbox"/> 生存金 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 其他 _____																																																														
13 <input type="checkbox"/> 保单还款	<input type="checkbox"/> 全额偿还保单借款本息 <input type="checkbox"/> 只还利息 <input type="checkbox"/> 部分偿还本金 _____ 元及全部利息 <input type="checkbox"/> 取消垫缴																																																														
14 <input type="checkbox"/> 其它																																																															

**随附资料(必填项目):**  保险合同原件  投保人身份证明文件复印件  代办人身份证明文件复印件  银行存折复印件和《保险费自动转账付款及自动转账领款授权书》  其它

**温馨提示:** 为了确保您的权益, 请不要在空白申请书上签名、盖章, 签章之前, 请再次核对您填写的内容。如您的联系电话及联系地址等客户信息发生变更, 请及时办理更正手续。

投保人签名: \_\_\_\_\_ 被保险人/监护人签名: \_\_\_\_\_ 受益人签名: \_\_\_\_\_

签署日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 签署日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 签署日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

