

## 个险保全业务申请书(合同信息及权益变更类)

单证代码: BQ1002

保险合同号:					申请日期	月:	年	月日					
一、填写说明													
1、请用黑色钢笔或签字笔在变更项目前的□或○中打"√",并用正楷填写需要变更的内容。请勿涂改填写内容; 2、请详细阅读并理解申请书内各项声明及须知,并慎重核对填写内容; 3、您所申请的变更项目,经三峡人寿保险股份有限公司(以下称"本公司")审核同意后生效,生效日期以批单所载日期为准。													
二、申请信息													
申请资格人	□投保人 □被保	险人 □其他被保险	込人 □其他		_ 申请	<b> </b>							
甲请人信息	通讯地址:	· 通讯地址:省/直辖市市(区/县)市											
	联系电话: 区号	· 系电话: 区号电话(手机)											
нд И	证件号码:	E件号码: 证件有效期至:年_月_日/〇长期											
	□客户亲办	]客户亲办    □委托服务人员代办(工号:)    □委托他人代办											
申请类型	委托代办请填写如了	· 托代办请填写如下内容并签字确认:											
	本人委托	大人委托											
	述保全项目。本委托	长保全项目。本委托授权有效期为天。(委托日期同本申请书的申请日期,建议委托有效期在7日内)											
	委托人签字 代办人签字 代办人联系电话:												
三、 <b>变更项目及内容(</b> 当您申请的项目前带★号时,代表该项目可能会涉及收付费,请您填写收付费方式)													
		〇整单退保 〇附加险退保 附加险名称:											
		<b>別</b> ○纸质合同(整单退保需回收纸质合同) ○电子合同											
   1. ★□犹豫期	保险合同是否												
退保	交回												
	合同解除原因		齐原因  ○公司服务不满意 <b>投份</b> 青投保  ○业务员服务不满意 <b>投份</b>				○他人转介绍						
2.★□退保	口凹肝陈原因	〇险种不满意 〇卦	25. fil	生幺 :		<ul><li>○主动投保</li><li>○陌生拜访</li></ul>							
	投保人与被保险	·人关系:	ΨL	投保人与									
		·八八小· 											
								是否自动					
0 1 元 次广 1 於 7/4	<u> </u>	险种名称		保御/份剱	伯伙	年限							
3. ★□新增降   加险	]							〇是〇否					
AHIT			F 1 - 3 1 1 1 - 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				3-11	〇是〇否					
	声明:本人已阅读并理解上述险种条款内容,对保险责任、责任免除、合同解除等内容均已了解并接受。												
4. □补充告知 请勾选变更对象: ○投保人 ○被保险人 ○其他被保险人 请同时填写《补充告知问卷》													
5. ★□保単补 发	□保单补发(需收取 10 元工本费) 原因: ○保单丢失 ○客户要求重新出单 ○其他												
	□保单换发 原因: ○电子保单换发 ○保单污损 ○保险合同变更 ○其他												
	声明:原保险合同自补发之日起自动作废。												
		保单送达方式: 〇机构领取: 〇银邮网点领取 〇业务员送达											
6 口结相子士	○邮寄: ○投保人通讯地址/○其他: 省/直辖市 市(区/县)   6.□续保方式 ○续保 险种名称: 医种代码: □												
│6. □续保方式 │变更		○续保 险种名称: □ 险种代码: □   ○不续保 险种名称: □ □ □											
7.□自垫选择 ○自动垫交 宽限期结束时您仍未交当期保费,保单将自动垫交处理。													
权变更	〇非自动垫交 宽限期结束时您仍未交当期保费,合同效力同时中止。												

	○银行转账(请		 右侧信息) 户名:				 开户银行:					 开户行所在省:					
	〇现金缴费	1.V 1.D	M111 1017	<u> </u>			717	W 11 •				717	11 //1	ш р •		<del>_</del>	
	续期保费转账授		声明:	1013/103			<u>                                     </u>		<u> </u>		<u> </u>						
	1、本人授权三峡人寿保险股份有限公司(以下简称"贵公司")与开户银行(以下简称"银行"),																
8. □交费方式	按保险合同约定的保险费支付时间和保险费金额,从变更后的账户内自动扣划保险合同项下各期应交保																
及交费账号变	险费。如果该账户终止或余额不足以支付保险费,由此所致的保险契约自此不产生效力或保险合同中止																
更	或终止的任何责任将由本人承担;																
	2、本人授权贵	公司与银	<b>艮行将按</b> 倪	保险合同约定	定或法	律规	定应	支付组	全本人	、的款	次项均	以转!	账方記	尤划入	上述	账	
	户,贵公司将相关款项划到该账户后,即视作本人已领取相应款项;																
	3、本人清楚:本人所提供的授权转账账户,必须是本人的个人结算账户;																
	4、如所授权之银行要求与本人签订书面转账授权协议的,本人应与银行另行签订转账协议。																
	险种名称						险种代码					变更后保费/保额/份数					
9. ★□减保																	
10. ★□保单 复效	请您同时填写《补充告知问卷》,投保人和被保险人或其法定监护人均须亲笔签名。																
四、保险款项收	付费方式(提示	: 请仔组	田阅读保险	总款项转账组	合付授	权声	明,是	并填写	的人	费信	息)						
□原缴费账户	□其他账户 户名:			开户银行:										所在省:			
	(请填写右侧信	言息)	银行账号	•													
保险款项转账给付授权声明:																	
1、银行账户须以账户所有人本人真实姓名开立,并自愿授权本公司使用指定银行结算账户用于保险款项转账收付;																	
2、如因申请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,										,							
本公司无需承担由此引起的责任;																	
3、申请事项存在退费的,如果申请人提供的账户为他人所有,本公司视为申请人可从该账户中取得该笔款项,由此引起									起								
的纠纷,由申请	人自行承担;																
4、申请事项涉及补费的,本次保全变更需扣款金额以批文中约定金额为准;																	
5、本公司不对该授权账户的失窃或冒领承担责任。																	
五、申请人声明	及签字																
客户须知:																	
1、保全变更申请	青人应为基于法律	是及保险	合同约定	的保全项目	申请资	で格丿	ζ;										
2、如您申请的变更项目中,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;																	
3、申请书上所有签名均应由相应人员本人亲笔签名,未成年人由其法定监护人签署法定监护人本人的名字;																	
4、为维护您的权益,请在签名之前仔细核对所申请及填写的内容,并保持申请书签名与留存于本公司的签名样本一致;										;							
5、本公司可能就	就您所申请的变更	豆项目对:	您进行电	话回访,为	了确仍	<b>R您</b> 自	的权益	得到何	呆障,	请梦	口实回	回答回	访问昂	题。			
客户声明:本人	.申请对第	<u>n</u>	页保全项目	进行变更,	已详	细阅	读并	同意名	小项声	明及	须知	,确ì	人此申	∄ 请书	中各国	项	
陈述和填写内容	均真实无误。																
投保人签名:			被保险人或其监护人签名:			:	: 受益人或					其监护人签名:					
受理人签章: 受理			1曲.			2	注:										
文生八业 平:	4 /YJ•			"	1714												
	年 月 日																