



保全申请单条形码编号：

保全变更申请书（核保类）

收件章

保险合同号码：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

投保人：_____

被保险人：_____

申请日期：_____年____月____日

申请人声明：本人已仔细阅读申请书背面的客户须知，同意变更生效日以富德生命人寿保险股份有限公司出具的批单生效日为准。变更申请书中所有陈述均属真实并亲笔签名。

基本身份信息确认栏（必填）

申请人涉税信息	<input type="checkbox"/> 1 仅为中国税收居民 <input type="checkbox"/> 2 仅为非居民 <input type="checkbox"/> 3 既是中国税收居民又是其他国家（地区）税收居民 注：如以上选项中勾选第2项或者第3项，请填写《个人所得税居民身份声明》		
被保险人是投保人的	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____		
申请人基本身份信息（必填） 角色： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 其他_____姓名_____	性别：	国籍：	职业：
	证件类型：	证件号码：	
	证件有效期起期：	证件有效期止期：	联系电话：
	联系地址：省/自治区 市 区/县	门牌号：	邮编：
基本身份信息 角色： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 其他_____姓名_____	性别：	国籍：	职业：
	证件类型：	证件号码：	
	证件有效期起期：	证件有效期止期：	联系电话：
	联系地址：省/自治区 市 区/县	门牌号：	邮编：

客户信息使用授权声明： 在中国法律允许或要求的范围内，本人同意并授权将本人提供给富德生命人寿保险股份有限公司的信息，及本人接受富德生命人寿保险股份有限公司保险服务产生的信息，可用于富德生命人寿保险股份有限公司及因服务必要而委托的第三方（包括但不限于当地健康保险信息平台，监管机构，行业协会，境内外再保公司（包含再保经纪公司），运营商及其代理商、关联公司，中国银保信等）做合理利用，用于提升保险服务质量，核实、验证本人信息的真实性。本人知悉富德生命人寿保险股份有限公司及其委托的第三方对上述本人信息依法承担保密和信息安全义务。个人信息处理具体规则详见富德生命人寿官网隐私政策，链接：<http://www.sino-life.com/privacy/>。

本人已阅读并同意上述授权声明内容

注：若您同意授权，您在本公司留存的信息与本次填写的信息不一致时，本公司将按照此次填写的相关内容进行修改。

申请信息填写栏

01 <input type="checkbox"/> 年龄性别错误更正 (12)	<input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人		<input type="checkbox"/> 性别： <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女		<input type="checkbox"/> 出生日期：_____年____月____日	
	证件类型：		证件号码：		<input type="checkbox"/> 证件有效期：	
注：若投保人或被保险人在公司有多份保单，年龄信息将同步变更，若涉及收付费将一并收取及退还。						
02 <input type="checkbox"/> 职业变更 (15)	<input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人		注：若投保人或被保险人在公司有多份保单，职业信息将同步变更，若涉及收付费将一并收取及退还。			
	现工作单位：		现职业：		就职日期：_____年____月____日	
					职业代码：	
03 <input type="checkbox"/> 受益人变更 (22) <input type="checkbox"/> 受益人变更（请填写变更后所有受益人信息） <input type="checkbox"/> 受益人资料变更（只需填写发生变更的内容，如果存在多个受益人，请填写需变更受益人的全部信息）	对应的被保险人：_____（存在多个被保险人时请填写）					
	注：1、仅限变更保单身故受益人。2、身故受益人若选择“法定”，请在姓名列的第一行填写“法定继承人”即可。					
	姓名	性别	国籍	受益顺序	受益份额	出生日期
	是被保险人的(关系)					
	证件类型、有效期及证件号码					
	证件类型：_____ 有效期：_____					
证件号码：_____						
工作单位：		职业：		职业代码：		
联系电话：		联系地址：省/自治区 市 区/县				
特别说明：						
04 <input type="checkbox"/> 投保人变更 (20)	新投保人姓名：_____					
	是被保险人的(关系)：1 <input type="checkbox"/> 本人 2 <input type="checkbox"/> 配偶 3 <input type="checkbox"/> 父母 4 <input type="checkbox"/> 子女 5 <input type="checkbox"/> 其他：_____					
注：1、变更投保人请同时变更续期交费方式和联系方式，请填写《更换人员告知书》。2、双主险保单操作投保人变更，需重新签署《权益授权声明书》。						
05 <input type="checkbox"/> 交费年期变更 (14)	险种名称		交至 年		交至 岁	
注：若由短交费期变更为长交费期，请同时填写《最新个人资料告知书》。						

06□补充告知（16）	变更对象： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 告知事项： <input type="checkbox"/> 未如实告知健康情况 <input type="checkbox"/> 保全项目未如实告知 <input type="checkbox"/> 变更或取消特别约定 <input type="checkbox"/> 职业未如实告知 <input type="checkbox"/> 投被保险人关系告知 <input type="checkbox"/> 新年龄超投保范围 <input type="checkbox"/> 社保身份变更 <input type="checkbox"/> 年收入 告知事项描述：_____					
注：变更健康情况时，请同时填写《最新个人资料告知书》。						
07□复效（6）	请填写复效险种名称 注：1、申请复效时，请同时填写《最新个人资料告知书》。 2、一年期短期附加险请说明是否申请续保。若选择了不续保，本合同将在期满时终止，若您需续保，须按保险合同约定向我司提出申请并经我司同意。					
险种名称		是否申请续保		险种名称		是否申请续保
		○是 ○否				○是 ○否
		○是 ○否				○是 ○否
08□加保（3）	险种名称/险种责任（险种责任仅团险个单需填写）			变更后基本保额		变更后基本保费
注：增加主险或附加险保额时，请同时填写《最新个人资料告知书》。						
09□新增附加险（5） （追加可选责任）	附加险/可选责任名称	基本保额 / 保费	交费期限	保险期限	红利分配方式	是否申请续保
注：1、新增附加险时，请同时填写《最新个人资料告知书》。 2、请根据产品属性对应填写基本保额或基本保费。 3、一年期短期附加险请说明是否申请续保。若选择了不续保，本合同将在期满时终止，若您需续保，须按保险合同约定向我司提出申请并经我司同意。						
10□追加保费（35）	追加险种： <input type="checkbox"/> 万能险 <input type="checkbox"/> 投连险（若为投连险，请同时填写以下账户分配比例） 本次追加保费共计：人民币（大写）___佰___拾___万___仟___佰___拾___元___角___分（¥_____元）					
账户类型及名称		分配比例		账户类型及名称		分配比例
		%				%
合计：100%						
注：1、投连险所有追加账户的分配比例必须为整数，且之和为100%。 2、以上填写的投连分配比例仅适用于本次申请追加保费的分配；如未填写分配比例，本公司将按照您投保时设定的分配比例进行保费追加。						
11□保单生效日调整 （42）（仅限于团险个单）	保单生效日调整为：_____年_____月_____日（调整后保险期间顺延）					
授权银行转账信息						
如果本次保全申请涉及补退费，本公司将通过银行转账方式支付或收取。请确定转账账户为：1□原交费账户 2□其他账户						
复效、追加保费项目补费方式支持实时收费，请确认转账方式为：1□转账 2□实时收费						
如果您选择其他账户，请同时填写账户信息，并提供存折或银行卡复印件：						
开户银行：_____省_____市_____银行						
账户持有人：_____ 银行账号：_____						
备注说明栏：						
申请类型：1□本人申请 2□代审 3□其他_____						
投保人签名：_____				签署日期：_____		
被保险人（或其法定监护人）签名：_____				签署日期：_____		
新投保人签名：_____				签署日期：_____		
保险金受益人（或其法定监护人）签名：_____				签署日期：_____		
批单领取方式：保全批单将通过短信形式发送电子批单链接，以供下载查阅。如需纸质批单可通过柜面或 95535/4008-200-035 热线咨询打印。						
受理渠道	<input type="checkbox"/> 分/支公司柜面 <input type="checkbox"/> 四级机构服务部柜面 <input type="checkbox"/> 银行柜面 <input type="checkbox"/> 经代公司柜面 <input type="checkbox"/> 其他：_____					
经办人员签名：_____ 日期：_____ 联系电话：_____ 备注：_____						
代审人编号/网点代码：_____ 注：若为代理人/客户经理代审，请同时填写其编号。银代、经代柜面代审，请同时填写网点编码。						

客户须知

- 1、本公司从未授权员工或委托他人销售基金、信托、理财产品等非保险产品，您的资金使用风险将由您自行承担，本公司不承担任何责任。
- 2、请您使用黑色钢笔或签字笔在变更项目前的□内打“√”，填写所需变更内容，所填写的内容不可涂改，一经涂改，本申请无效。为维护您的权益，请保持申请书签名与留存于本公司的签名样本一致，勿在空白申请书上签名。
- 3、您所申请的保全服务需以保险条款相关约定为准，经本公司审核同意后生效，生效日期以批单所载日期为准。
- 4、银行账户须以您本人的真实姓名开立，并自愿授权富德生命人寿保险股份有限公司（以下简称本公司）使用指定银行账户（以下简称授权账户）用于保险款项转账收付。**如因授权账户错误、注销、余额不足或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。**如申请事项存在退费，本公司将向该授权账户划入相关款项。请妥善保管您提供的账户，**本公司不对该授权账户的失窃或冒领承担责任，因账户管理问题产生的损失，将由您自行承担。**
- 5、如果您申请的变更项目中，存在部分或全部申请项目不符合合同约定、法律规定或本公司保全作业要求的，则该部分或全部申请项目无效，本公司有权拒绝受理不合作业要求的申请。
- 6、本公司按规定进行客户退费回访工作，一般通过电话形式进行，为确保您的权益得到保障，请对回访问题如实答复。如您亲至本公司柜面并在申请书中确认退费金额，可免回访。
- 7、**如根据产品条款约定，生存金受益人为投保人的，投保人变更时，生存金受益人也将同步变更为新的投保人。**