

	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
7□减保(4)	申请原因: <input type="checkbox"/> 1 消费 <input type="checkbox"/> 2 投资 <input type="checkbox"/> 3 经济原因 <input type="checkbox"/> 4 服务不理想 <input type="checkbox"/> 5 商品不理想 <input type="checkbox"/> 6 其他: _____ 注: 主险和附加险保险金额有搭配比例要求的, 附加险应同时办理减保。		
8□红利领取(11)	<input type="checkbox"/> 转账领取 人民币(大写) _____佰____拾____万____仟____佰____拾____元____角____分 (¥ _____元) <input type="checkbox"/> 转账领取授权 <input type="checkbox"/> 取消转账领取授权		
9□生存保险金领取(10)	<input type="checkbox"/> 生存金 <input type="checkbox"/> 满期金 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 剩余养老金 生存金受益人是投保人的: <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_____ 申请原因: <input type="checkbox"/> 1 消费 <input type="checkbox"/> 2 投资 <input type="checkbox"/> 3 经济原因 <input type="checkbox"/> 4 服务不理想 <input type="checkbox"/> 5 商品不理想 <input type="checkbox"/> 6 其他: _____ <input type="checkbox"/> 转账领取 人民币(大写) _____佰____拾____万____仟____佰____拾____元____角____分 (¥ _____元) <input type="checkbox"/> 转账领取授权 <input type="checkbox"/> 取消转账领取授权 <input type="checkbox"/> 生存金累积生息 <input type="checkbox"/> 生存金抵交本单续期保费 <input type="checkbox"/> 生存金转续期保费 <input type="checkbox"/> 生存金转投保单暂收余额 (转入的保单/投保单中的投保人或被保险人须与本保单生存金受益人为同一人, 且生存金受益人(或其法定监护人)须在保险金受益人处签名确认) 转款金额: _____元 转入保单: <input type="checkbox"/> 本单 <input type="checkbox"/> 其他保单/新投保单号: _____		
10□保险金转换年金(34)	<input type="checkbox"/> 全部转换 <input type="checkbox"/> 部分转换_____ 新单投保单号: _____		
11□保全收付款方式调整(33)	原保全号: _____ 银行卡类型 <input type="checkbox"/> 信用卡(仅部分电销渠道信用卡项目可勾选) <input type="checkbox"/> 储蓄卡 <input type="checkbox"/> 存折		
授权银行转账信息			
如果本次保全申请涉及补退费或转账授权领取的账户信息, 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 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:			
受理资料	保险合同原件 ()份	监护关系证明 ()份	其他 ()份 _____
	投保人有效证件复印件 ()份	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军人证 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	被保险人有效证件复印件 ()份	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军人证 <input type="checkbox"/> 户口簿 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	受益人有效证件复印件 ()份	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军人证 <input type="checkbox"/> 户口簿 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	存折/银行卡复印件 ()份	账户持有人: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 申请资格人监护人	
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:	
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、您申请减少保险金额时，**基本保险金额及累积红利保险金额（如有）将同比例减少，应交保费按剩余基本保险金额计算交纳，本公司按减少后的基本保险金额承担保险责任。**
- 8、自本公司收到整单犹豫期撤销、退保申请之日起或自保单保障期满并向您支付满期金后，您所持有的合同效力即时终止。