

保险合同内容变更申请书

(网上销售专用)

收件盖章

致：中德安联人寿保险有限公司（以下简称“中德安联”）

保险合同编号：

申请人声明：本人申请以下第_____项变更，并同意变更的生效日以贵公司在保险合同内容变更批注中确定的变更生效日期为准。本申请书构成原保险合同的一部分。

□ 001 变更被保险人资料	<input type="checkbox"/> 姓名	<input type="checkbox"/> 出生日期	<input type="checkbox"/> 职业/具体工作			
	<input type="checkbox"/> 性别	<input type="checkbox"/> 有效证件类型	<input type="checkbox"/> 证件号码			
□ 002 变更投保人资料	<input type="checkbox"/> 通讯地址					
□ 003 变更受益人资料	<input type="checkbox"/> 邮政编码	<input type="checkbox"/> 手机	<input type="checkbox"/> 固定电话			
<input type="checkbox"/> “当地社会医疗保险”参保情况 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（请勾选）						
□ 004 变更身故保险金受益人 请同时递交保单正本（或电子保单打印件）及新受益人有效身份证件复印件	姓名	与被保险人关系	性别	出生日期	有效身份证件类型及号码	受益份额
						%
□ 005 保单合同终止	申请原因：（此项必须勾选） <input type="checkbox"/> 犹豫期撤保（仅适用于安康欣晴） <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 生效前撤单（仅适用于境外旅行险生效前签证拒签并提供拒签证明）					
	<input checked="" type="checkbox"/> 服务不佳 <input type="checkbox"/> 网上购买流程太复杂 <input type="checkbox"/> 公司售后服务欠佳 <input checked="" type="checkbox"/> 购买其他保单 <input type="checkbox"/> 中德安联保单 <input type="checkbox"/> 其他公司保单 <input checked="" type="checkbox"/> 产品不适合 <input type="checkbox"/> 拒签 <input type="checkbox"/> 保费太高 <input type="checkbox"/> 保障太少 <input type="checkbox"/> 与自己需求不符 <input checked="" type="checkbox"/> 其他，请详述：_____					
本人郑重声明： 本保险合同无任何抵押或转让之事实； 本人未有破产和涉及与本保险合同的诉讼事项。 请贵公司依照保险合同约定给付退保金予本保险合同投保人，如有其他附加金额，亦请一并退还。自本人申请终止本保险合同之日起，贵公司所负之保险责任即行终止。						
□ 007 降低基本保险金额	降低主合同保险金额为_____元					
□ 008 复效	请同时填写《健康风险声明》，如有相关病历或检验报告，需一并提供。					

重要提示

- 变更所需文件，以送达中德安联人寿保险有限公司为受理开始，为避免他人修改，维护您的权益，中德安联仅接受电子打印版申请；
- 一份申请书只能对应一个保险合同编号；
- 以上变更均须在保单有效期内申请办理；《保险合同变更申请书》等申请材料必须由投保人和被保险人亲笔签署。
- 有效身份证件指政府机构颁发的、有照片的、在有效期内的身份证件或者身份证明文件，包括：居民身份证或临时身份证、护照、军人或武警身份证件、港澳居民往来内地通行证、台湾居民来往大陆通行证或其他有效旅行证件；
- 如需进一步了解详细变更事务，请垂询热线服务中心 8009886688 或 4008883636（手机）。

投保人声明并承诺：

- 上述变更事项是本人的真实意愿并由本人亲笔签署；
- 本人已认真阅读并理解本次保险合同变更的注意事项的相关内容，本人在本申请书上的签名即为对上述事项的同意和确认。

投保人签署：_____ 被保险人签署：_____ 申请日期：_____

以下由中德安联填写：

经办人签署：_____ 日期：_____

复核人签署：_____ 日期：_____