



泰康在线 TK.CN

互联网保险专家

保险合同变更申请书

保单号：_____ 投保人：_____ 申请日期：_____年____月____日

申请人声明：本人申请以下勾选的变更事项并认可所有申请事项，同时知晓申请事项须经贵公司批准后生效，其生效日以批准文件所载变更生效日为准。本人确认对贵公司提供的文件、各项声明完整准确，可成为贵公司签发保险合同或保险合同批注依据。如上述资料不属实因此影响贵公司决定是否承保或变更保险合同，则签发的保险合同或保险合同批注无效。

请您在申请变更项目前的□或○内打“√”，并在横线中填写所需变更的内容。

下述标*为涉及收付费项目，请同时填写账户信息。

<input type="checkbox"/> 客户信息更正	客户角色 <input type="radio"/> 投保人 <input type="radio"/> 被保险人 <input type="radio"/> 受益人	姓名：_____ 证件类型：_____ 证件号码：_____ 性别： <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 出生日期：_____年____月____日
<input type="checkbox"/> 联系方式变更	通讯地址：_____ 邮政编码：_____ 电子邮箱：_____ 手机：_____ 固定电话：_____	
<input type="checkbox"/> 保险期间变更 *	原保险期间：_____年____月____日____时至_____年____月____日____时 新保险期间：_____年____月____日____时至_____年____月____日____时	
<input type="checkbox"/> 受益人变更 <small>(投、被保险人须同时签字)</small>	受益人姓名：_____ 与被保险人关系： <input type="radio"/> 父母 <input type="radio"/> 配偶 <input type="radio"/> 子女 性别： <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 出生日期：_____年____月____日 证件类型：_____ 证件号码_____	
<input type="checkbox"/> 解除合同 *	解除合同原因： <input type="radio"/> 险种不符合需求 <input type="radio"/> 经济原因 <input type="radio"/> 其他 _____ 解除合同会有损失，请慎重选择。	
<input type="checkbox"/> 增加被保险人 *	增加被保险人_____人	
<input type="checkbox"/> 减少被保险人*	减少被保险人_____人	
<input type="checkbox"/> 其他保全项目		
收付费账户信息 (标*的项目填写)		
户名 (与投保人一致) : _____ 账号 (勿使用信用卡) : _____		
开户行 (精确到支行) : _____		
为维护您的权益，请勿在未经您填写的空白申请书上签名。		
投保人/单位联系人签名：_____ 证件号码：_____ 联系电话：_____		
被保险人或其合法监护人签名：_____ 证件号码：_____		
单位盖章 (团体保险) : _____		



泰康在线 TK.CN

互联网保险专家

保险合同变更申请书（填写样本）

保单号：6013***** 投保人：张三 申请日期：2016 年 6 月 15 日

申请人声明：本人申请以下勾选的变更事项并认可所有申请事项，同时知晓申请事项须经贵公司批准后生效，其生效日以批准文件所载变更生效日为准。本人确认对贵公司提供的文件、各项声明完整准确，可成为贵公司签发保险合同或保险合同批注依据。如上述资料不属实因此影响贵公司决定是否承保或变更保险合同，则签发的保险合同或保险合同批注无效。

请您在申请变更项目前的口或○内打“√”，并在横线中填写所需变更的内容。

下述标*为涉及收付费项目，请同时填写账户信息。

√客户信息更正	客户角色 √投保人 √被保险人 ○受益人	姓名： <u>张四</u> 证件类型： <u>身份证</u> 证件号码： <u>110102*****</u> 性别： <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期： <u>1988</u> 年 <u>3</u> 月 <u>2</u> 日
√联系方式变更	通讯地址： <u>**省**市**区**大街**小区**楼**室</u> 邮政编码： <u>100133</u> 电子邮箱： <u>zhangsi@126.com</u> 手机： <u>138*****</u> 固定电话： <u>010-8934****</u>	
√保险期间 *	原保险期间： <u>2016</u> 年 <u>8</u> 月 <u>1</u> 日 <u>0</u> 时至 <u>2016</u> 年 <u>9</u> 月 <u>30</u> 日 <u>24</u> 时 新保险期间： <u>2016</u> 年 <u>8</u> 月 <u>1</u> 日 <u>0</u> 时至 <u>2016</u> 年 <u>11</u> 月 <u>15</u> 日 <u>24</u> 时	
√受益人变更 (投、被保险人须同时签字)	受益人姓名： <u>李四</u> 与被保险人关系： <input type="checkbox"/> 父母 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 性别： <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 出生日期： <u>1985</u> 年 <u>1</u> 月 <u>1</u> 日 证件类型： <u>军官证</u> 证件号码 <u>北字第87****号</u>	
√解除合同 *	解除合同原因： <input type="checkbox"/> 险种不符合需求 <input type="checkbox"/> 经济原因 <input checked="" type="checkbox"/> 其他 <u>缴费期选错，重新购买</u> 解除合同会有损失，请慎重选择。	
√增加被保险人 *	增加被保险人 <u>25</u> 人 (附清单)	
√减少被保险人*	减少被保险人 <u>10</u> 人 (附清单)	
√其他保全项目	保障计划由*变更为*	
收付费账户信息 (标*的项目填写)		
户名 (与投保人一致)： <u>张四</u> 账号 (勿使用信用卡)： <u>601590*****</u>		
开户行 (精确到支行)： <u>xx省xx市xx银行xx支行/xx分理处</u>		
为维护您的权益，请勿在未经您填写的空白申请书上签名。		
投保人/单位联系人签名： <u>亲笔签名</u> 有效身份证件号码： <u>110102*****</u> 联系电话： <u>138*****</u>		
被保险人或其合法监护人签名： <u>亲笔签名</u> 有效身份证件号码： <u>110102*****</u>		
单位盖章 (团体保险)： <u>公司公章</u>		