



单证编码 : 202801



个人寿险保全作业申请书 (非送核类)

保单号码 / 客户号 : _____ 投保人 : _____ 被保险人 : _____ 申请日期 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

申请书填写须知

- 1. 请在所选择保全项目目前的 内打 ，并在横线中用黑色或蓝黑色钢笔或签字笔清晰准确填写申请内容，填写内容不允许涂改，若发生涂改本申请无效。
- 2. 如果您申请的变更项目，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. 请保持申请书签名与留存于本公司的签名样本一致，为维护您的权益，请勿在空白申请书上签名。
- 4. 如果您申请的项目涉及收付费，则提供的银行账户所有人须为申请资格本人的结算账户，并自愿授权长城人寿保险股份有限公司（以下简称“本公司”）使用您指定的银行结算账户进行各类保险款项的收付费的转账处理。如果您提供的授权账户错误、账户注销、账户内余额不足或不符合本公司对授权转账账户的要求而导致的收付费不成功，本公司不承担由此引起的责任。
- 5. 您所申请的变更项目，经本公司审核同意后，生效日期以批单所载日期为准。

1. <input type="checkbox"/> 客户资料变更 <input type="checkbox"/> 受益人资料变更 (只需填写发生变更的内容，如变更对象选择为两人及以上，请在其他变更内容中分别注明其他变更对象的变更内容。) 如果姓名变更，请同时勾选第 3 项变更，同时提供新签名样本	变更对象： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 生存受益人 <input type="checkbox"/> 身故受益人 <input type="checkbox"/> 其他被保险人 _____																				
	名下所有保单同时变更： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																				
	变更后的资料：姓名 _____ 证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军人证 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 国籍 _____																				
	证件号码： <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 证件有效期至 <input type="checkbox"/> 长期 <input type="checkbox"/> 年 _____ 月 _____ 日																				
	证件地址 _____ 省（自治区） _____ 市 _____ 区 / 县 / 旗 _____																				
	新联系地址 _____ 省（自治区） _____ 市 _____ 区 / 县 / 旗 _____ 邮编 _____																				
	电话（区 / 号）： <input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 办公 _____ 手机 _____ 电子邮箱 _____																				
	其他变更内容 _____																				

客户信息变更	2. <input type="checkbox"/> 受益人变更 原受益人姓名： _____	请先确定受益人性质： 1 <input type="checkbox"/> 身故受益人 2 <input type="checkbox"/> 生存受益人 3 <input type="checkbox"/> 其他 _____																																																																																																				
		<table border="1"><thead><tr><th>序号</th><th>姓名</th><th>出生日期</th><th>证件类型</th><th>证件号码</th><th>证件有效期</th><th>与投保人关系</th><th>与被保险人关系</th><th>受益顺序</th><th>受益比例</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>%</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	序号	姓名	出生日期	证件类型	证件号码	证件有效期	与投保人关系	与被保险人关系	受益顺序	受益比例										%																																																																																
	序号	姓名	出生日期	证件类型	证件号码	证件有效期	与投保人关系	与被保险人关系	受益顺序	受益比例																																																																																												
										%																																																																																												
	请在右表填写变更后的全部受益人资料																																																																																																					

保单信息变更	3. <input type="checkbox"/> 签名变更	变更对象： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人或其监护人 <input type="checkbox"/> 其它被保险人或其监护人 _____
		变更类型： <input type="checkbox"/> 补签名 <input type="checkbox"/> 补抄录 <input type="checkbox"/> 签名风格变化（请签署原签名）
		变更原因： <input type="checkbox"/> 业务员代签名 / 代抄录 <input type="checkbox"/> 其它 _____
		原签名： _____
	4. <input type="checkbox"/> 付款方式变更	续期交费方式变更为： <input type="checkbox"/> 银行转账 <input type="checkbox"/> 自交 （注：选择银行转账，请填写下面账户信息）
	5. <input type="checkbox"/> 自垫选择权变更	<input type="checkbox"/> 同意保险费自动垫交 <input type="checkbox"/> 取消保险费自动垫交
	6. <input type="checkbox"/> 减额交清	项目办理须知： 1. 主合同办理减额交清的，附加险须根据条款同时办理减额交清。附加险不能或不申请办理减额交清的，应做解约处理，或将附加险现金价值与主险现金价值合并计算交清保额。附加险保险责任终止。 2. 办理减额交清时，保单如有保费余额、累积红利余额等，客户可申请先领取，不领取的与保单现金价值合并计算交清保额。 3. 减额交清后的保额精确到角，以份数为单位的险种，减额交清后取整数份。 4. 保单办理减额交清后，保额相应减少，本公司按照减少后的保额承担相应的保险责任。 5. 办理减额交清后申请退保，将按照减额交清后的现金价值表标准给付。

