

## 保险合同变更申请书（客户权益及万能账户变更类）

**重要提示：**

1、请您使用官微或APP、银行转账或至我司柜台办理保单交费或还款等业务，请勿直接将现金交付给销售人员个人或其他自称我司工作人员的陌生人。请您注意收款账户，尤其是收款账户的户名为销售人员或其他个人时，应提高警惕，切勿划款。若您发现销售人员存在非法集资嫌疑或销售未经相关金融监管部门批准的非保险金融产品，请您及时向公司或公安机关等有关部门反映。  
2、请妥善保管您的身份证件、银行卡折、保单、保费发票等资料，切勿随意放置或转交他人，以免被不法分子截取盗用，给您的财产造成损失。如遇任何可疑情况，请就近至公司营业网点或拨打客服电话进行垂询和举报。垂询举报电话：95500；举报邮箱：jubao@cpic.com.cn。

填写说明：请在需变更的项目前的□内打“√”，用黑色钢笔或黑色签字笔正楷详细填写需变更的内容。申请书内容请避免涂改，若有涂改，请重新填写或由本人在涂改处签字。为了维护您的利益，请勿在空白申请书上签名，请慎重核对所填写的资料。

保险单号码	投保人	被保险人
证件类型	证件号码	
职业	性别	国籍
联系地址	联系电话	证件有效期
	邮政编码	手机
变更项目	变更后内容	
<input type="checkbox"/> 复效	办理复效需同时提供《健康与财务告知声明书》。	
<input type="checkbox"/> 保单挂失补发	申请原因： <input type="checkbox"/> 遗失 <input type="checkbox"/> 毁损 <input type="checkbox"/> 其他_____。 原保单自补发之日起作废，保单补发将收取工本费10元。	
<input type="checkbox"/> 红利领取方式变更	<input type="checkbox"/> 现金领取 <input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 抵交保费 <input type="checkbox"/> 交清增额（选择交清增额方式需要填写《健康与财务告知声明书》）	
<input type="checkbox"/> 补充告知	告知对象： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 告知内容： <input type="checkbox"/> 投保时未如实告知 <input type="checkbox"/> 保全变更时未如实告知 <input type="checkbox"/> 健康状况改变 请同时填写《健康与财务告知声明书》并提供核保要求的相关病历或检验报告。	
<input type="checkbox"/> 合同转换 <input type="checkbox"/> 权益转换	变更后险种名称 _____ 交费 _____ 年/至 _____ 岁 变更后份数 _____ 或基本保险金额 _____ 请同时填写《投保单》。	
<input type="checkbox"/> 增加万能险保险金额 <input type="checkbox"/> 降低万能险保险金额	险种名称 _____ 变更后基本保险金额 _____ 增加保险金额需同时填写《健康与财务告知声明书》。	
<input type="checkbox"/> 万能不定期追加保险费 <input type="checkbox"/> 万能定期追加保险费	金额（小写）： _____ 元 交纳追加保险费需符合的相关条件详见条款。	
<input type="checkbox"/> 万能期交保险费变更	申请增加金额（小写）： _____ 元 增加期交保险费需符合的相关条件详见条款。	
<input type="checkbox"/> 交费频率变更	<input type="checkbox"/> 趸交 <input type="checkbox"/> 年交 （交费频率变更仅限于高频率向低频率变更）	
<input type="checkbox"/> 新增附约	附约名称	保额/份数
	档次	交费年限
	保险期限	是否自动续保
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
新增附约需同时填写《健康与财务告知声明书》；若“是否自动续保”项选择“是”，还需同时填写《自动续保特约》。		
<input type="checkbox"/> 保费豁免	豁免原因 _____ 需提供条款要求的事由等证明材料。	
<input type="checkbox"/> 领取年龄、方式变更	给付责任： _____ 领取方式： _____ 领取年龄：（男/女/不区分） _____ 岁	
<input type="checkbox"/> 垫交标识变更	<input type="checkbox"/> 申请保险费自动垫交 <input type="checkbox"/> 取消保险费自动垫交	
<input type="checkbox"/> 自动续保标识变更	<input type="checkbox"/> 申请（请附《自动续保特约》） <input type="checkbox"/> 取消：险种名称 _____	
<input type="checkbox"/> 资金转移	转出： _____ 账户 金额： _____ 元 转入： _____ 账户	
<input type="checkbox"/> 减额交清	1、本人已详细阅读并同意保险合同中关于减额交清的相关条款约定及内容，并知晓太平洋寿险关于减额交清的相关业务规定。 2、变更减额交清保险后的基本保险金额不得低于本公司变更当时规定的最低金额。	
<input type="checkbox"/> 保单还款 <input type="checkbox"/> 垫缴还款	金额（小写）： _____ 元	
<input type="checkbox"/> 领款信息变更 <input type="checkbox"/> 交款信息变更	款项金额（小写）： _____ （元） 变更原因： _____ （需同时填写变更需补退费的业务款项收付方式内容）	
变更需补、退费的业务款项收付方式选择：		
<input type="checkbox"/> 银行转账（如选择银行转账请同时填写以下账户信息） <input type="checkbox"/> 其他 _____		
账户所有人姓名：	证件类型：	证件号码
开户行：	授权账号	
声明与签字：1、本人已详细阅读并同意申请书背面的客户须知；2、本人承诺提供的所有申请资料和信息真实、合法、有效，并授权贵公司调查其真实性。		
受托人（签名）：	投保人（签名）：	被保险人或其法定监护人（签名）：
公司填写	受理渠道： <input type="checkbox"/> 公司柜面 <input type="checkbox"/> 代理银行柜面 <input type="checkbox"/> 委托服务人员代办 <input type="checkbox"/> 委托他人代办 <input type="checkbox"/> 其他 _____	经办人： _____ 年 月 日 复核人： _____ 年 月 日
	备注： _____	

## 客户须知

1、 申请人同意所提供的资料和信息，可用于中国太保(中国太平洋保险(集团)股份有限公司及其直接或间接控股的公司)及因业务必要而委托的第三方为本人提供服务与推荐产品，中国太保及委托的第三方对前述资料和信息负有保密义务。本条款自本单证签署时生效，具有独立法律效力，不受合同成立与否及效力状态变化的影响。

2、 申请人应为基于法律及保险合同约定的保全项目申请资格人。申请的变更项目，存在不符合法律规定或者保险合同约定的，该申请项目无效。本次申请中如有未获太平洋寿险批准的保单，相应的申请事项自动作废。

3、 太平洋寿险为保护申请人的权益，对代办业务将进行抽查回访核实，涉及资金收支事项将通过转账形式支付至申请人本人的账户中，请申请人配合。

4、 复效、挂失补发、垫交还款、保险金额变更等需补交费的保全业务，经太平洋寿险批准并收到应交款项后生效，如申请批准后7个工作日内太平洋寿险未收到应交款项，相应申请自动作废；续贷及保单还款业务，经太平洋寿险批准并收到应交款项后生效，如申请批准后3个工作日内太平洋寿险未收到应交款项，相应申请自动作废。新增附约经太平洋寿险批准并收到应交款项且符合约定的条件时生效；其他业务经太平洋寿险批准后生效。

5、 申请人已认真阅读和充分了解新增保险产品的条款，对条款内容特别是保险责任条款、责任免除条款及合同解除条款均作了了解并同意遵守。

6、 申请人联系方式发生变动时须及时办理变更手续，申请人未及时办理变更手续的，太平洋寿险按照申请人提交的最后联系方式发送的有关通知，均视为已送达。

7、 申请人可以通过太平洋寿险全国客户服务电话95500、太平洋保险网站(<http://www.cpic.com.cn>)、客户服务柜面以及保险服务人员咨询相关手续。

8、 如有未尽事宜，详见具体保险合同及条款。

## 保险款项转账收付授权客户须知

1、 申请人授权太平洋寿险使用本申请书指定的银行结算账户用于本申请书所列保单款项的转账收付。

2、 申请人同意太平洋寿险有权决定相关账户是否可作为授权账户，并经被授权银行审核确认账户信息正确后生效。

3、 申请人承诺所提供的授权账户为保险金申请人实名账户，如因授权账户失窃、遗失、销户以及被依法冻结等原因而终止使用该账户时，应及时正式书面通知太平洋寿险。在收到申请人正式书面通知之前，太平洋寿险对按保险合同约定已转账到本次授权账户的保险金，或由于交款人未及时通知导致保险合同失效或终止不承担责任。如因提供的授权账户错误、账户销户、户名不符、未交小额管理费等原因导致转账不成功或时效性问题，由申请人承担相关责任。太平洋寿险不对授权账户的失窃或者冒领负责。

4、 申请保全业务涉及补交费的，若申请人提供的账户非本人所有，需账户所有人同意交费，并办理账户使用授权，因申请人提供他人账户交费而引起的纠纷，相关责任由申请人承担。

5、 保全涉及的领款类业务，太平洋寿险承诺在申请批准后的7个工作日内转账支付。

## 授权委托书

中国太平洋人寿保险股份有限公司：

本人(以下简称委托人)\_\_\_\_\_现委托\_\_\_\_\_ (证件类型\_\_\_\_\_ 证件号码\_\_\_\_\_ )，  
在\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日期间内代为办理\_\_\_\_\_  
事宜(保险单号码为\_\_\_\_\_ )。并郑重声明凡由本次授权引发的法律纠纷与贵公司无  
关，因此发生的一切纠纷皆由本人负责。

委托人声明：

1、 委托人已详细阅读并同意客户须知和声明内容，知悉保单退保后将引起的保险权益及保障的变化。

2、 委托人保证本委托书及相关申请单证为委托人亲笔签名，并认同受托人在委托人授权范围内代为办理的保全业务及签署的《个人客户税收居民身份声明文件》，如有纠纷，委托人自愿承担相应责任。

证件类型：\_\_\_\_\_ 证件号码：\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_

联系地址：\_\_\_\_\_ 邮政编码：\_\_\_\_\_

委托人(签名)：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

受托人声明：本人已面晤委托人，授权委托书确系委托人本人签署。本人在委托人授权有效期及授权范围内代为办理委托事宜，严格遵循委托人的真实意愿，如有不实，本人愿意承担由此引致的所有责任。

证件类型：\_\_\_\_\_ 证件号码：\_\_\_\_\_ 证件有效期：\_\_\_\_\_

联系地址：\_\_\_\_\_ 邮政编码：\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_ 国籍：\_\_\_\_\_

手机：\_\_\_\_\_ 服务人员代码(受托人为服务人员时填写)：\_\_\_\_\_ 受托人(签名)：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日