



保险合同变更申请书

(电子商务专用)

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。

☐ 客户信息更正	客户角色 ☐ 投保人 ☐ 被保险人 ☐ 受益人	姓名: _____ 证件类型: _____ 证件号码: _____ 性别: ☐ 男 ☐ 女 出生日期: _____年____月____日																
☐ 联系方式变更	通讯地址: _____ 邮政编码: _____ 电子邮箱: _____ 手机: _____ 固定电话: _____																	
☐ 职业工种	行业: _____ 职业: _____ 工种: _____																	
☐ 保险期间	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																	
☐ 受益人变更	<table><thead><tr><th>受益人姓名</th><th>与被保险人关系</th><th>证件号码</th><th>受益比例</th></tr></thead><tbody><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____%</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____%</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____%</td></tr></tbody></table>		受益人姓名	与被保险人关系	证件号码	受益比例	_____	_____	_____	_____%	_____	_____	_____	_____%	_____	_____	_____	_____%
受益人姓名	与被保险人关系	证件号码	受益比例															
_____	_____	_____	_____%															
_____	_____	_____	_____%															
_____	_____	_____	_____%															
☐ 解除合同	☐ 撤单 ☐ 退保 保单生效日: _____年____月____日 申请解除合同原因: ☐ 使馆拒签 (仅限旅行保险) ☐ 其他 _____ 退款账户信息 (请根据投保时的支付方式选择其中一种) ☐ 投保时使用快钱信用卡支付, 退款资金原路退回; ☐ 投保时使用其他方式支付, 请提供退款账户信息 (户名与投保人一致, 请勿使用信用卡) 户名 (与投保人一致): _____ 账号 (勿使用信用卡): _____ 开户行 (精确到支行): _____																	
☐ 减少被保险人	减少被保险人姓名: _____ 原因: ☐ 使馆拒签 ☐ 其他 _____																	
☐ 其它保全项目																		

为维护您的权益, 请勿在未经您填写的空白申请书上签名。

投保人签名: _____ 有效身份证件号码: _____ 联系电话: _____

被保险人或其合法监护人签名: _____ 有效身份证件号码: _____

公司填写栏: ☐ 申请资料及客户签名均已审核

保全经办人: _____ 复核人: _____ 日期: _____