



保全申请单条形码编号: _____

保全变更申请书 (非退费类)

收件章

保险合同号码: _____

投保人: _____

被保险人: _____

申请日期: _____年____月____日

申请人声明: 本人已仔细阅读申请书背面的客户须知, 同意变更生效日以富德生命人寿保险股份有限公司出具的批单生效日为准。
变更申请书中所有陈述均属真实并亲笔签名。

基本身份信息确认栏 (必填)

申请人涉税信息	<input type="checkbox"/> 1 仅为中国税收居民 <input type="checkbox"/> 2 仅为非居民 <input type="checkbox"/> 3 既是中国税收居民又是其他国家(地区)税收居民 注: 如以上选项中勾选第2项或者第3项, 请填写《个人税收居民身份声明》		
被保险人与投保人的关系	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
申请人基本身份信息 (必填) 角色: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 姓名 _____	性别:	国籍:	职业:
	证件类型:	证件号码:	
	证件有效期:	联系电话:	
	联系地址: _____ 省/自治区 _____ 市 _____ 区/县 _____	邮编: _____	
基本身份信息 角色: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 姓名 _____	性别:	国籍:	职业:
	证件类型:	证件号码:	
	证件有效期:	联系电话:	
	联系地址: _____ 省/自治区 _____ 市 _____ 区/县 _____	邮编: _____	

客户信息使用授权声明: 在中国法律允许或要求的范围内, 本人同意并授权将本人提供给富德生命人寿保险股份有限公司的信息, 及本人接受富德生命人寿保险股份有限公司保险服务产生的信息, 可用于富德生命人寿保险股份有限公司及因服务必要而委托的第三方(包括但不限于当地健康保险信息平台, 监管机构, 行业协会, 境内外再保公司(包含再保经纪公司), 运营商及其代理商、关联公司, 中国银保信等)做合理利用, 用于提升保险服务质量, 核实、验证本人信息的真实性。本人知悉富德生命人寿保险股份有限公司及其委托的第三方对上述本人信息依法承担保密和信息安全义务。个人信息处理具体规则详见富德生命人寿官网隐私政策, 链接: <http://www.sino-life.com/privacy/>。
本人已阅读并同意上述授权声明内容

注: 若您同意授权, 您在本公司留存的信息与本次填写的信息不一致时, 本公司将按照此次填写的相关内容进行修改。

若委托他人代办, 请填写以下内容并在基本身份信息确认栏填写受托人基本身份信息:

现委托 _____ 先生/女士前往贵公司办理有关本保单申请项下 _____ 变更事宜, 本委托授权有效期为 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日。(委托授权期间不得超过 20 天(含)。若逾期或超过 20 天本公司将不予受理该委托办理事项。)
 受托人与委托人关系: 代理人 服务人员 亲属 其他 _____

申请信息填写栏

01 <input type="checkbox"/> 联系方式变更 (19)	<input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 仅本保单 <input type="checkbox"/> 所有保单 <input type="checkbox"/> 投保人其他保单 保单号: _____ <input type="checkbox"/> 保单迁移 (若您变更后的联系地址非本地区, 且变更后地区有本公司开设的分/支公司, 可选择保单迁移。) 注: 暂不受理联系方式变更为境外地址。
	联系地址: _____ 省/自治区 _____ 市 _____ 区/县 _____ 邮编: _____ 移动电话: _____ 家庭电话: _____ 是否寄送客服信函: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 办公电话: _____ E-mail: _____ 本次变更停用对应的原联系方式: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	<input type="checkbox"/> 仅本保单 <input type="checkbox"/> 所有保单 <input type="checkbox"/> 投保人其他保单 保单号: _____ 银行卡类型: <input type="checkbox"/> 信用卡 (仅电销渠道可勾选) <input type="checkbox"/> 储蓄卡 <input type="checkbox"/> 存折 <input type="checkbox"/> 通过万能险个人账户价值自动抵交保单号: _____ 的全部当期保险费 <input type="checkbox"/> 抵交保险费 万能险保单号: _____ <input type="checkbox"/> 取消抵交保险费
	<input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 姓名: _____ <input type="checkbox"/> 国籍: _____ <input type="checkbox"/> 民族: _____ <input type="checkbox"/> 证件类型: _____ <input type="checkbox"/> 证件号码: _____ <input type="checkbox"/> 证件有效期: _____ <input type="checkbox"/> 婚姻状况: _____ <input type="checkbox"/> 工作单位: _____
09 <input type="checkbox"/> 年金给付方式选择 (24)	<input type="checkbox"/> 领取方式 <input type="checkbox"/> 一次性领取 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 领取频次 <input type="radio"/> 年领 <input type="radio"/> 月领 <input type="radio"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 领取年龄 _____ <input type="checkbox"/> 首次领取日期 _____

04□签名变更（18）	变更对象： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人(或其法定监护人) 新签名样本：_____ 变更签名原因： <input type="checkbox"/> 签名风格变化 <input type="checkbox"/> 补签名 <input type="checkbox"/> 补抄录风险提示语 （代签原因： <input type="checkbox"/> 业务员代签 <input type="checkbox"/> 家人代签 <input type="checkbox"/> 银行或经代人员代签 <input type="checkbox"/> 其他_____） 签名变更单证： <input type="checkbox"/> 投保单 <input type="checkbox"/> 其他_____ 补抄录：_____ 声明：自即日起，本人签名样本以本次变更签名样本为准。此前所签署的本合同相关文档本人承认其真实有效，符合本人真实意愿。
05□挂失及挂失解除（28）	<input type="checkbox"/> 保单挂失 <input type="checkbox"/> 保单挂失解除
06□减额交清（7）	注：填写本栏视为您已仔细阅读并同意申请书下方的“减额交清客户特别须知”内容。
07□红利处理方式选择（26）	<input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 现金领取
08□自垫选择权变更（25）	<input type="checkbox"/> 同意保费自动垫交 <input type="checkbox"/> 不同意保费自动垫交
10□预约终止附加险（29）	附加险名称：_____
11□保单质押贷款（30）	<input type="checkbox"/> 保单质押贷款-贷款受理
12□保单质押贷款解冻（31）	解冻原因： <input type="checkbox"/> 还款解冻 <input type="checkbox"/> 未贷款解冻 <input type="checkbox"/> 处置解冻 <input type="checkbox"/> 理赔解冻
13□提前满期申请（32）	<input type="checkbox"/> 申请提前满期 <input type="checkbox"/> 申请祝寿金领取日变更为_____年____月____日
14□险种转换（44）	预转换险种_____ 转换后险种_____
15□预约保全（45）	<input type="checkbox"/> 预约退保 预约退保时间：_____年____月____日 <input type="checkbox"/> 撤销预约退保 申请原因： <input type="checkbox"/> 1 消费 <input type="checkbox"/> 2 投资 <input type="checkbox"/> 3 经济原因 <input type="checkbox"/> 4 服务不理想 <input type="checkbox"/> 5 其他：_____ 注：申请预约退保，并在客户指定的预约退保时间向客户支付退保金后，保单合同终止 <input type="checkbox"/> 预约还款 预约还款时间：_____年____月____日 贷款保全号：_____ <input type="checkbox"/> 撤销预约还款 注：若您选择预约还款请填写申请书下方“授权银行转账信息”。 <input type="checkbox"/> 预约取消续保 注：预约取消续保，本合同将在期满时终止，若您需续保，须按保险合同约定向我司提出申请并经我司同意。
16□保单授权解除（47）	<input type="checkbox"/> 解除关联关系 <input type="checkbox"/> 解除保险计划生存金自动抵交续期保险费
17□保险信托服务（48）	<input type="checkbox"/> 信托服务 <input type="checkbox"/> 取消信托服务
授权银行转账信息	
如果本次保全申请涉及转账授权领取的账户信息，本公司将通过银行转账方式支付或收取。 请确定转账账户为：1 <input type="checkbox"/> 原交费账户 2 <input type="checkbox"/> 其他账户 如果您选择授权至其他账户，请同时填写账户信息，并提供存折或银行卡复印件： 开户银行：_____省_____市_____银行_____分行_____支行 账户持有人：_____ 银行账号：_____	
备注说明栏：	
申请类型：1 <input type="checkbox"/> 本人申请 2 <input type="checkbox"/> 委托代办 3 <input type="checkbox"/> 代审 4 <input type="checkbox"/> 其他_____	
投保人签名：_____ 签署日期：_____	
被保险人（或其法定监护人）签名：_____ 签署日期：_____	
保险金受益人（或其法定监护人）签名：_____ 签署日期：_____	
代办人签名：_____ 签署日期：_____	
批单领取方式：保全批单将通过短信形式发送电子批单链接，以供下载查阅。如需纸质批单可通过柜面或 95535 热线咨询打印。	
受理渠道	<input type="checkbox"/> 分/支公司柜面 <input type="checkbox"/> 四级机构服务部柜面 <input type="checkbox"/> 银行柜面 <input type="checkbox"/> 经代公司柜面 <input type="checkbox"/> 其他_____
	经办人员签名：_____ 日期：_____ 联系电话：_____ 备注：_____ 代审人编号/网点代码：_____ 注：若为代理人/客户经理代审，请同时填写其编号。银代、经代柜面代审，请同时填写网点编码。

减额交清客户特别须知

- 1、保单办理减额交清后，保险金额相应减少并精确到整元，本公司按减少后的保险金额承担相应的保险责任。
- 2、减额交清后，将不能恢复成原保险金额，并且不再享受分红，不能办理保单贷款业务。
- 3、办理减额交清后申请退保，将按减额交清后现金价值表标准给付。

客户须知

- 1、本公司从未授权员工或委托他人销售基金、信托、理财产品等非保险产品，您的资金使用风险将由您自行承担，本公司不承担任何责任。
- 2、请您使用黑色钢笔或签字笔在变更项目前的□内打“√”，填写所需变更内容，所填写的内容不可涂改，一经涂改，本申请无效。为维护您的权益，请保持申请书签名与留存于本公司的签名样本一致，勿在空白申请书上签名。
- 3、您所申请的保全服务需以保险条款相关约定为准，经本公司审核同意后生效，生效日期以批单所载日期为准。
- 4、银行账户须以您本人的真实姓名开立，并自愿授权富德生命人寿保险股份有限公司（以下简称本公司）使用指定银行账户（以下简称授权账户）用于保险款项转账收付。**如因授权账户错误、注销、余额不足或不符合本公司对授权账户要求而导致转账不成功，本公司无须承担由此引起的责任。**如申请事项存在退费，本公司将向该授权账户划入相关款项。请妥善保管您提供的账户，**本公司不对该授权账户的失窃或冒领承担责任，因账户管理问题产生的损失，将由您自行承担。**
- 5、如果您申请的变更项目中，存在部分或全部申请项目不符合合同约定、法律规定或本公司保全作业要求的，则该部分或全部申请项目无效，本公司有权拒绝受理不符合作业要求的申请。
- 6、本公司按规定进行客户退费回访工作，一般通过电话形式进行，为确保您的权益得到保障，请对回访问题如实答复。如您亲至本公司柜面并在申请书中确认退费金额，可免回访。
- 7、自本公司收到整单犹豫期撤销、退保申请之日起或自保单保障期满并向您支付满期金后，您所持有的合同效力即时终止。
- 8、委托他人代办仅适用于本公司规定可以委托代办的保全项目，且授权人须为本公司规定的可办理此项保全业务的资格人。**委托授权期间不得超过 20 天（含）。若逾期或超过 20 天本公司将不受理该委托办理事项。委托代办会有一定风险，我们建议您亲自前往本公司办理保全业务，妥善保管您的身份证件及保单材料并慎重选择委托代办。如果您已经在本申请书委托部分签字或将您的身份证件及保单材料转交代办人的，我们将认为您已经了解委托代办可能产生的风险，并准备承担由此可能带来的损失。**