



账户变更申请书

保全申请单条形码编号: \_\_\_\_\_

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: 本人已详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 <small>注: 如以上选项中勾选第2项或者第3项, 请填写《个人所得税居民身份声明》</small>		
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
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
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。

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"/> 投资账户转换 (39)	转出账户名称:	转入账户名称:	转换单位数:
02 <input type="checkbox"/> 账户分配比例变更 (38)	账户名称:	分配比例: %	账户名称: 分配比例: % 合计: 100%
03 <input type="checkbox"/> 账户部分领取 (37)	<input type="checkbox"/> 投资连结型产品	账户名称:	领取单位数:
	<input type="checkbox"/> 万能型产品	<input type="checkbox"/> 部分领取 <input type="checkbox"/> 转保单暂收余额: <input type="checkbox"/> 本单 <input type="checkbox"/> 其他单 人民币(大写) _____ 佰 _____ 拾 _____ 万 _____ 仟 _____ 佰 _____ 拾 _____ 元 _____ 角 _____ 分 人民币(小写) ¥ _____ 元	
	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 商品不理想 <input type="checkbox"/> 6 其他: _____		
04 <input type="checkbox"/> 基本保费变更 (36)	基本保费变更为: _____元 (仅适用于万能型产品)		

授权银行转账信息

如果本次保全申请涉及收付费, 本公司将通过银行转账的方式支付或收取。请确定转账账户为: 1 原交费账户 2 其他账户

如果您选择其他账户, 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 本人申请 2 委托代办 3 代审 4 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: \_\_\_\_\_

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: _____ <small>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。</small>				

## 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、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。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。**