



PS004

瑞泰人寿保险有限公司

附加险变更申请表

保险单号	<input type="text"/>	投保人姓名	<input type="text"/>
申请人姓名	<input type="text"/>	申请人声明：下述变更事项是本人的真实意愿并由本人亲笔签署：	
填写须知：			
* 申请表应由申请人用黑色或蓝黑色签字笔亲笔填写；		* 请在需变更项目前的 <input type="checkbox"/> 中划“√”；	
* 签名处须由投保人及被保险人/法定监护人亲笔签名；		* 办理人若非投保人本人，请填写委托授权声明并提供办理人身份证件。	

1 新增附加险	(需同时填写投保人/被保险人健康及生活习惯告知书)：		
	险种名称：	<input type="text"/>	保险金额： <input type="text"/> 元/个单位
	险种名称：	<input type="text"/>	保险金额： <input type="text"/> 元/个单位
	险种名称：	<input type="text"/>	保险金额： <input type="text"/> 元/个单位
	险种名称：	<input type="text"/>	保险金额： <input type="text"/> 元/个单位

2 变更附加险 保险金额	(增加保险金额需同时填写投保人/被保险人健康及生活习惯告知书)：		
	险种名称：	<input type="text"/>	变更后保险金额为： <input type="text"/> 元/个单位
	险种名称：	<input type="text"/>	变更后保险金额为： <input type="text"/> 元/个单位
	险种名称：	<input type="text"/>	变更后保险金额为： <input type="text"/> 元/个单位
	险种名称：	<input type="text"/>	变更后保险金额为： <input type="text"/> 元/个单位

3 撤销附加险	<input type="checkbox"/> 犹豫期内撤销附加险 <input type="checkbox"/> 犹豫期后撤销附加险，原因为： <input type="text"/>		
	险种名称：	<input type="text"/>	险种名称： <input type="text"/>
	险种名称：	<input type="text"/>	险种名称： <input type="text"/>
	险种名称：	<input type="text"/>	险种名称： <input type="text"/>

4 其他	请详述：
	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>

委托授权声明	现委托 <input type="text"/> 先生/女士前往贵公司办理本附加险变更申请表所列的有关保单申请项下事宜。本委托有效期为 <input type="text"/> 天。 (委托起始日期同本申请书的申请日期。)				
	受托人 身份信息	姓名	<input type="text"/>	联系方式	<input type="text"/>
		证件类型	<input type="text"/>	证件号码	<input type="text"/>
		与委托人关系	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 销售人员 <input type="checkbox"/> 亲戚 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="text"/>	
	委托人签名：	<input type="text"/>	受托人签名：	<input type="text"/>	

投保人签名	<input type="text"/>	被保险人/法定监护人签名	<input type="text"/>	日期	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日
-------	----------------------	--------------	----------------------	----	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	---

见证人/销售人员声明：					
本人已核实客户(投保人/被保险人/法定监护人)的有效身份证件或者其他身份证明文件，确认客户的身份。					
营销机构	<input type="text"/>	见证人/销售人员签名	<input type="text"/>	销售人员编号	<input type="text"/>

公司批注栏：					
收件日期	<input type="text"/>	收件人	<input type="text"/>	录入日期	<input type="text"/>
核保日期	<input type="text"/>	核保人	<input type="text"/>	复核	<input type="text"/>
				核保结论	<input type="text"/>