



PS007

瑞泰人寿保险有限公司

瑞泰万能型变更及险种转换申请表

填写须知

- * 申请表应由投保人用黑色或蓝黑色签字笔亲笔填写；
- * 请在需变更项目前的 中划“√”；
- * 签名处须由投保人或被保险人/法定监护人亲笔签名；
- * 办理人若非投保人本人，需提供委托授权书及办理人身份证件。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 投保人/身故保险金受益人个人信息变更 (请填写第1、2、13部分) | <input type="checkbox"/> 被保险人个人信息变更 (请填写第1、2、13、14部分) |
| <input type="checkbox"/> 身故保险金受益人变更 (请填写第1、5、13、14部分) | <input type="checkbox"/> 投保人变更 (请填写第1、3、13、14部分) |
| <input type="checkbox"/> 银行账户变更 (请填写第1、4、13部分) | <input type="checkbox"/> 险种转换 (请填写第1、8、13、14部分) |
| <input type="checkbox"/> 补发保单 (请填写第1、7、13部分) | <input type="checkbox"/> 交纳追加保险费 (请填写第1、10、13部分) |
| <input type="checkbox"/> 部分支取 (请填写第1、11、13部分) | <input type="checkbox"/> 退保 (请填写第1、12、13部分) |
| <input type="checkbox"/> 授权 (请填写第1、6、13部分) | <input type="checkbox"/> 满期保险金 (请填写第1、4、9、13、14部分) |

请在填写下表前仔细阅读并理解保险合同的有关约定，并亲自签署本申请表。
如果您在填写下表时有任何疑问，请拨打客户服务专线4008109339，或者咨询您的销售人员。

1 客户信息	保险单号	<input type="text"/>	投保人姓名	<input type="text"/>
	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 台湾居民来往大陆通行证或台胞证 <input type="checkbox"/> 港澳居民来内地通行证或港澳同胞回乡证	证件号码	<input type="text"/>

请填写以下需要变更的部分

2 个人信息变更	<input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 身故保险金受益人				
	姓名	<input type="text"/>	国籍	<input type="text"/>	
		出生日期	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 军官 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 台湾居民来往大陆通行证或台胞证 <input type="checkbox"/> 港澳居民来内地通行证或港澳同胞回乡证			
	证件号码	<input type="text"/>	证件有效期截止日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	婚姻状况	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 单身			
	联系电话 (09:00-18:00)	<input type="text"/>	手机号码	<input type="text"/>	
	联系电话 (18:00-21:00)	<input type="text"/>	电子邮件	<input type="text"/>	
	工作单位	<input type="text"/>			
	通讯地址	<input type="text"/>			
邮政编码	<input type="text"/>	其他需要变更的内容	<input type="text"/>		

3 投保人变更	姓名	<input type="text"/>	国籍	<input type="text"/>	
		出生日期	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 军官 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 台湾居民来往大陆通行证或台胞证 <input type="checkbox"/> 港澳居民来内地通行证或港澳同胞回乡证			
	证件号码	<input type="text"/>	证件有效期截止日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	婚姻状况	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 单身			
		职业	<input type="text"/>	与被保险人关系	<input type="text"/>
	联系电话 (09:00-18:00)	<input type="text"/>	手机号码	<input type="text"/>	
	联系电话 (18:00-21:00)	<input type="text"/>	电子邮件	<input type="text"/>	
	工作单位	<input type="text"/>			
	通讯地址	<input type="text"/>			
邮政编码	<input type="text"/>				

4 银行账号	银行名称	<input type="text"/>	账户持有人姓名	<input type="text"/>	账户号	<input type="text"/>

5 身故保险金受益人变更

姓名 出生日期 年 月 日 性别 男 女 婚姻状况 已婚 单身

证件类型 身份证 军官证 护照 台湾居民来往大陆通行证或台胞证 港澳居民来内地通行证或港澳同胞回乡证 国籍

证件号码 证件有效期截止日 年 月 日 与被保险人关系

工作单位 职业 联系电话

通讯地址 邮政编码 受益顺序 受益比例

姓名 出生日期 年 月 日 性别 男 女 婚姻状况 已婚 单身

证件类型 身份证 军官证 护照 台湾居民来往大陆通行证或台胞证 港澳居民来内地通行证或港澳同胞回乡证 国籍

证件号码 证件有效期截止日 年 月 日 与被保险人关系

工作单位 职业 联系电话

通讯地址 邮政编码 受益顺序 受益比例

备注

注意 1、身故保险金受益人变更须被保险人/法定监护人签字确认。
2、此次指定身故保险金受益人同时宣告以前指定身故保险金受益人无效。如指定身故保险金受益人不止一人，请标明受益比例。

6 授权

您是否授权您的销售人员及其所在机构获悉或查询您保单的以下信息：
1. 保险合同基本信息？ 是 否 2. 投资账户交易记录？ 是 否

7 补发保单

因 这是我第 次申请补发保单，并对因此而发生的纠纷负全部责任。

8 险种转换

首次转换，请额外填写投资连结保险相关投保资料，请填写：
申请转为 产品。以 部分支取 退保 满期保险金形式购买人民币 .00元。
 非首次转换，请填写：
申请转入以下保单，保单号为 。以 部分支取 退保 满期保险金形式购买人民币 .00元。

9 满期保险金

申请领取满期保险金

10 交纳追加保险费

追加保险费 人民币 .00元
此次划款账户是否相同于最近一次保费转账账户？ 是 否，请申请账户变更。

11 部分支取

部分支取原因为 请填写支取金额 .00元

12 退保

犹豫期内撤销保险合同，原因为
 犹豫期后全部退保，原因为

13 签名

投保人签名 日期

14 签名

被保险人/法定监护人签名 日期

见证人/销售人员声明：
本人已核对了客户（投保人/被保险人/身故保险金受益人）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 见证人/销售人员签名 销售人员编号

公司批注栏：

收件日期 收件人
录入日期 录入人 复核
核保日期 核保人 核保结论