



<input type="checkbox"/> 续期交费方式变更	账户所有人姓名（与投保人一致）：_____ 账号（勿使用信用卡）：_____ 开户银行（精确到支行）：_____		
<input checked="" type="checkbox"/> 复效	请选择复效险种：1○仅复效主险 2○主险与附加险一同复效 1. 被保险人已按要求填写《健康及财务告知》，并如实告知健康状况；2. 本人认可自恢复效力之日起重新计算除外责任期间。		
<input checked="" type="checkbox"/> 新增附加险（须同时填写《健康及财务告知》）	险种名称_____ 交费年期_____ 保险期限_____ 险种名称_____ 交费年期_____ 保险期限_____		
<input type="checkbox"/> 客户职业变更	变更对象： <input type="radio"/> 投保人 <input type="radio"/> 被保险人	原工作单位：  原职业：	新工作单位：  新职业：  新职业代码：
<b>核保类</b>  <input type="checkbox"/> 投保人变更 <b>注：1、变更投保人请同时变更续期交费方式和保单联系信息。 2、如保单责任中含有投保人的保险责任应提供投保人的健康及财务告知书。</b>	变更原因：1○经济原因 2○原投保人身故 3○其他 <b>注：新投保人请填写以下资料：</b> 新投保人姓名：_____ 新投保人是被保险人（的）：1○本人 2○配偶 3○父母 4○子女 5○其他_____ 性别：1○男 2○女 出生日期： 年 月 日		
	国籍/户籍： 学历： 证件类型：1○身份证 2○护照 3○军人证 4○其他 证件号码：□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ 证件有效期： 年 月 日至 年 月 日 <input type="checkbox"/> 长期 职业： 职业代码： 工作单位：_____ E-mail：_____ 移动电话：_____ 固定电话： 区号（ ） - _____ 家庭住址：_____ 邮编：_____		
<input type="checkbox"/> 补充告知	<input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <b>（补充告知须同时填写《健康及财务告知》）</b>		
<input type="checkbox"/> 保险款项收付款方式	<input type="radio"/> 原续期交费账户	<input type="radio"/> 新账户	户名（与投保人一致）：_____
			账号（勿使用信用卡）：_____
			开户行（精确到支行）：_____
<input type="checkbox"/> 其他变更			

申请类型：1○本人申请 2○委托公司服务人员代办 3○委托他人代办

申请人声明及签名：**本人已仔细阅读并同意本申请书的客户提示。**

投保人签名： 被保险人或其监护人签名： 变更后的新投保人签名：

代办人签名： 证件类型：1○身份证 2○其他 证件号码：\_\_\_\_\_

业务代码：\_\_\_\_\_（中介机构：\_\_\_\_\_ 中介机构代码：\_\_\_\_\_） 代办人联系电话：\_\_\_\_\_

公司工作人员填写栏： 受理人：\_\_\_\_\_ 受理日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

备注：\_\_\_\_\_