

# 保险合同变更申请书

(电子商务专用)

保单号: \_\_\_\_\_ 投保人: \_\_\_\_\_ 申请日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

申请人声明: 本人申请以下勾选的变更事项并认可所有申请事项, 同时知晓申请事项须经贵公司批准后生效, 其生效日以批准文件所载变更生效日为准。本人确认对贵公司提供的文件、各项声明完整准确, 可成为贵公司签发保险合同或保险合同批注依据。如上述资料不属实因此影响贵公司决定是否承保或变更保险合同, 则签发的保险合同或保险合同批注无效。

请您在申请变更项目前的或内打“√”, 并在横线中填写所需变更的内容。

<input type="checkbox"/> 客户信息更正	客户角色 <input type="radio"/> 投保人 <input type="radio"/> 被保险人 <input type="radio"/> 受益人	姓名: _____ 证件类型: _____ 证件号码: _____ 性别: <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 出生日期: _____年____月____日																	
<input type="checkbox"/> 联系方式变更	通讯地址: _____ 邮政编码: _____ 电子邮箱: _____ 手机: _____ 固定电话: _____																		
<input type="checkbox"/> 职业工种	行业: _____ 职业: _____ 工种: _____																		
<input type="checkbox"/> 保险期间	原保险期间: _____年____月____日____时至____年____月____日____时 新保险期间: _____年____月____日____时至____年____月____日____时																		
<input type="checkbox"/> 受益人变更	<table border="1"> <thead> <tr> <th>受益人姓名</th> <th>与被保险人关系</th> <th>证件号码</th> <th>受益比例</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____%</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____%</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____%</td> </tr> </tbody> </table>			受益人姓名	与被保险人关系	证件号码	受益比例	_____	_____	_____	_____%	_____	_____	_____	_____%	_____	_____	_____	_____%
受益人姓名	与被保险人关系	证件号码	受益比例																
_____	_____	_____	_____%																
_____	_____	_____	_____%																
_____	_____	_____	_____%																
<input type="checkbox"/> 解除合同	<input type="radio"/> 撤单 <input type="radio"/> 退保 保单生效日: _____年____月____日 申请解除合同原因: <input type="radio"/> 使馆拒签 (仅限旅行保险) <input type="radio"/> 其他 _____ 退款账户信息 (请根据投保时的支付方式选择其中一种) <input type="radio"/> 投保时使用快钱信用卡支付, 退款资金原路退回; <input type="radio"/> 投保时使用其他方式支付, 请提供退款账户信息 (户名与投保人一致, 请勿使用信用卡) 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"/> 减少被保险人	减少被保险人姓名: _____ 原因: <input type="radio"/> 使馆拒签 <input type="radio"/> 其他 _____																		
<input type="checkbox"/> 其它保全项目																			

为维护您的权益, 请勿在未经您填写的空白申请书上签名。

投保人签名: \_\_\_\_\_ 有效身份证件号码: \_\_\_\_\_ 联系电话: \_\_\_\_\_

被保险人或其合法监护人签名: \_\_\_\_\_ 有效身份证件号码: \_\_\_\_\_

公司填写栏:  申请资料及客户签名均已审核

保全经办人: \_\_\_\_\_ 复核人: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

填写范本:



# 保险合同变更申请书

(电子商务专用)

保单号: 21120\*\*\*\*\* 投保人: 张三 申请日期: 2011年1月1日

申请人声明: 本人申请以下勾选的变更事项并认可所有申请事项, 同时知晓申请事项须经贵公司批准后生效, 其生效日以批准文件所载变更生效日为准。本人确认对贵公司提供的文件、各项声明完整准确, 可成为贵公司签发保险合同或保险合同批注依据。如上述资料不属实因此影响贵公司决定是否承保或变更保险合同, 则签发的保险合同或保险合同批注无效。

请您在申请变更项目前的口或O内打“√”, 并在横线中填写所需变更的内容。

√ 客户信息更正	客户角色 <input type="radio"/> 投保人 <input checked="" type="radio"/> 被保险人 <input type="radio"/> 受益人 姓名: <u>张四</u> 证件类型: <u>身份证号码</u> 证件号码: <u>110102*****</u> 性别: <input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女 出生日期: <u>1998</u> 年 <u>3</u> 月 <u>2</u> 日																
√ 联系方式变更	通讯地址: <u>北京市**区***大街**号*座***</u> 邮政编码: <u>1000133</u> 电子邮箱: <u>zhangsan@126.com</u> 手机: <u>13800*****</u> 固定电话: <u>010-6642****</u>																
√ 职业工种	行业: <u>服务业</u> 职业: <u>旅游业</u> 工种: <u>导游</u>																
√ 保险期间	原保险期间: <u>2011</u> 年 <u>2</u> 月 <u>1</u> 日 <u>0</u> 时至 <u>2011</u> 年 <u>3</u> 月 <u>1</u> 日 <u>0</u> 时 新保险期间: <u>2011</u> 年 <u>3</u> 月 <u>2</u> 日 <u>0</u> 时至 <u>2011</u> 年 <u>3</u> 月 <u>2</u> 日 <u>0</u> 时																
√ 受益人变更	<table border="1"> <thead> <tr> <th>受益人姓名</th> <th>与被保险人关系</th> <th>证件号码</th> <th>受益比例</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>李四</u></td> <td><u>夫妻</u></td> <td><u>110102*****</u></td> <td><u>100</u> %</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____ %</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____ %</td> </tr> </tbody> </table>	受益人姓名	与被保险人关系	证件号码	受益比例	<u>李四</u>	<u>夫妻</u>	<u>110102*****</u>	<u>100</u> %	_____	_____	_____	_____ %	_____	_____	_____	_____ %
受益人姓名	与被保险人关系	证件号码	受益比例														
<u>李四</u>	<u>夫妻</u>	<u>110102*****</u>	<u>100</u> %														
_____	_____	_____	_____ %														
_____	_____	_____	_____ %														
√ 解除合同	<input checked="" type="checkbox"/> 撤单 <input type="checkbox"/> 退保 保单生效日: <u>2011</u> 年 <u>2</u> 月 <u>1</u> 日 申请解除合同原因: <input type="checkbox"/> 使馆拒签 (仅限旅行保险) <input checked="" type="checkbox"/> 其他 <u>行程取消</u> 退款账户信息 (请根据投保时的支付方式选择其中一种) <input type="checkbox"/> 投保时使用快钱信用卡支付, 退款资金原路退回; <input checked="" type="checkbox"/> 投保时使用其他方式支付, 请提供退款账户信息 (户名与投保人一致, 请勿使用信用卡) 户名 (与投保人一致): <u>张三</u> 账号 (勿使用信用卡): <u>6225 8801 **** *</u> 开户行 (精确到支行): <u>XX省XX市XX银行XX支行/分理处</u>																
√ 减少被保险人	减少被保险人姓名: <u>张五</u> 原因: <input type="checkbox"/> 使馆拒签 <input type="checkbox"/> 其他 <u>不参加此次活动</u>																
√ 其它保全项目	<u>更改目的地</u> 原来目的地: <u>美国</u> 更改后的目的地: <u>加拿大</u>																

为维护您的权益, 请勿在未经您填写的空白申请书上签名。

投保人签名: 亲笔签名 有效身份证件号码: 110101\*\*\*\*\* 联系电话: 13800\*\*\*\*\*

被保险人或其合法监护人签名: 亲笔签名 有效身份证件号码: 110102\*\*\*\*\*

公司填写栏:  申请资料及客户签名均已审核

保全经办人: \_\_\_\_\_ 复核人: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_