



您可扫描二维码关注“汇丰人寿”微信服务号体验更便捷的自助服务

# 保险合同内容变更申请书

填写须知：1.请在要求变更项目前 内打 ，并用正楷体填写变更内容；  
2.填写内容超出可填写空位时，请在P20处补充填写变更内容。

保险合同编号：\_\_\_\_\_

## 申请事项

<p><b>P05 更改保险合同通讯方式/地址</b></p> <p>温馨提示： 1) 汇丰人寿保险有限公司向最后更新的通讯地址发送的所有通知、信件均视为已送达投保人。 2) 所选通讯方式适用于分红、投连和万能保险周年信在内的各类通知。 3) 除非在本栏位逐一列举需同步变更的保险合同编号，否则本次变更仅适用于表头所示的保险合同。</p>	<p>需要同步变更的保险合同编号：_____</p> <p>以下通讯方式限二选一： 电子通知【投保人声明：本人确认在选择电子通知时已阅读和理解《电子通知适用注意事项》（<a href="https://www.hsbcinsurance.com.cn/help/faq/electronic_notification/">https://www.hsbcinsurance.com.cn/help/faq/electronic_notification/</a>），并已提供有效电子邮箱地址用于接受电子通知】 纸质通知</p> <p>电子邮箱地址：_____（选择电子通知方式必填此项）</p> <p>邮寄（通讯）地址：国家/地区_____省/直辖市_____市_____区 详细地址：_____ 邮政编码_____</p>
<p><b>P01 更改被保险人资料</b></p> <p>温馨提示： 1) 为确保客户信息的一致性，汇丰人寿保险有限公司将同步更新该客户名下所有保单的客户资料。 2) 变更后的职业如在合同拒保范围内，自我们接到通知之日起，合同效力终止（具体以合同条款约定为准）。 3) 行业大类、行业中类和职业的填写请在汇丰人寿工作人员指导下完成。</p>	<p>姓名：_____国籍（国家/地区）：_____性别：男 女 出生日期：_____年__月__日</p> <p>身份证件类型：身份证 护照 其他_____证件号码：_____</p> <p>证件有效期：_____至_____</p> <p>单位/学校名称：_____单位/学校所在国家/地区：_____省/直辖市：_____市：_____</p> <p>受雇情况：负责人 雇员 退休 学生 自由职业者 未受聘者（如选择未受聘者，请告知是否享有社会保障 是 否）</p> <p>行业大类：_____行业中类：_____职业：_____</p> <p>移动电话：所属国家/地区：_____区号：_____电话号码：_____</p> <p>居住地址：与所提供身份证件上登记地址一致（证件上无地址的请勿勾选） 其他地址：国家/地区_____省/直辖市_____市_____地址_____</p> <p style="text-align: right;">被保险人新的签名样本：_____（变更被保险人姓名必须提供）</p>
<p><b>P02 更改投保人资料</b></p> <p>身份证件号码（变更原因请填写：_____）</p> <p>温馨提示： 1) 为确保客户信息的一致性，汇丰人寿保险有限公司将同步更新该客户名下所有保单的客户资料。 2) 变更后的职业如在合同拒保范围内，自我们接到通知之日起，合同效力终止（具体以合同条款约定为准）。 3) 行业大类、行业中类和职业的填写请在汇丰人寿工作人员指导下完成。</p>	<p>姓名：_____国籍（国家/地区）：_____性别：男 女 出生日期：_____年__月__日</p> <p>出生地所在国家/地区：_____公民身份所在国家/地区：_____</p> <p>身份证件类型：身份证 护照 其他_____证件号码：_____</p> <p>证件有效期：_____至_____</p> <p>财富来源：工薪 证券投资 房屋出租 其他（请详述）_____财富来源国家/地区：_____</p> <p>单位/学校名称：_____年收入：_____单位/学校所在国家/地区：_____省/直辖市：_____市：_____</p> <p>受雇情况：负责人 雇员 退休 学生 自由职业者 未受聘者（如选择未受聘者，请告知是否享有社会保障 是 否）</p> <p>行业大类：_____行业中类：_____职业：_____</p> <p>移动电话：所属国家/地区：_____区号：_____电话号码：_____</p> <p>单位电话：所属国家/地区：_____区号：_____电话号码：_____</p> <p>家庭电话：所属国家/地区：_____区号：_____电话号码：_____</p> <p>居住地址：与所提供身份证件上登记地址一致（证件上无地址的请勿勾选） 其他地址：国家/地区_____省/直辖市_____市_____地址_____</p> <p style="text-align: right;">投保人签名样本：_____（变更投保人姓名请提供）</p>



P13 增加基本保险金额 P14 减少基本保险金额 增加基本保额请同时填写《个人资料告知书》	险种名称	险种代码	变更后基本保险金额		
	投保人及被保险人声明：1) 本人知晓申请增加基本保险金额的，增加的基本保险金额的“等待期”自变更生效日起开始计算。2) 本人知晓基本保险金额减少部分视为退保，退保可能会遭受一定的损失并愿意承担因此导致的所有损失。 如果投保人申请减少基本保险金额，请在下列选项中勾选： SR1701 保费太高      SR1101 未能继续负担保险费（* <b>趸交保险产品请勿勾选此项</b> ） SR1302 购买其他符合需求产品      SR1501 家人反对      其他（请描述）_____				
P15 新增附加险 请填写《个人资料告知书》	险种名称	险种代码	计划类别	基本保险金额	应交纳费用
	投保人及被保险人声明： 本人已阅读新增附加险（“本附加险”）的保险条款，了解本附加险的情况和特点，并自愿承担保单利益不确定的风险。对于保险责任、责任免除、犹豫期、退保等条款，本人已了解并同意遵守。本人理解并同意，本附加险的保险责任以保险条款和批单所载为准，除由汇丰人寿经正式程序修改或批注的内容外，其他任何人的口头及书面陈述、报告或合约，汇丰人寿无需负责。 本人确认同意，主保险合同（“主合同”）投保单及保险合同内容变更批单的全部约定，同样适用于本人投保本附加险，并构成本人投保本附加险之书面同意内容。但本人为投保本附加险而签署的《个人资料告知书》中另有约定的除外。				
P16 变更签名 请提供投保人、被保险人身份证件	变更原因：_____ 投保人、被保险人在此郑重声明（请在 处勾选，仅可勾选一项）： 本人承诺以往向汇丰人寿保险有限公司（以下简称“汇丰人寿”）书面递交的投保单，保险合同内容变更资料，以及一切与该保险合同相关的书面申请资料中的陈述和声明均为本人真实意愿表示且内容确实无误。并承认汇丰人寿由此引发的保险合同、保险合同内容变更批单及以往涉及保险合同的所有签署文件均真实有效，并承担由此引发的一切责任。 本人以往向汇丰人寿保险有限公司（以下简称“汇丰人寿”）书面递交的投保单，保险合同内容变更资料，以及一切与该保险合同相关的书面申请资料中涉及下述项目的部分陈述和声明与实际不符，并愿意重新提供书面相关资料进行告知，供汇丰人寿重新审核。 需重新告知项目（请在 处勾选） 投保人/被保险人个人健康资料告知      投保人/被保险人个人财务资料告知 其他告知（请详述）_____ 对于本人提供的重新告知资料未涉及部分应以投保时告知内容为准，本人承诺相关内容确实无误，均系本人真实意愿表示，并承担由此引发的一切责任。 今后凡涉及上述保险合同的一切签名，均按以下提供的签名样本为准，如因上述签名变更事项引起任何纠纷包括诉讼及由此引起的一切责任和费用，概由本人负责解决和承担，与汇丰人寿无关。  新签名样本：投保人 _____      被保险人（所有被保险人） _____ / _____				
P17 补发保险合同 温馨提示： 1) 补发的电子合同将发送至您留在汇丰人寿的电子邮箱，补发的纸质合同将邮寄至您留在汇丰人寿的通讯地址； 2) 您选择的递送方式仅适用于本次补发的电子合同或纸质合同的递送，不影响您的信件及通知递送方式。 3) 2019年7月1日（含当日）之前签发的合同仅支持补发纸质合同。	请选择递送方式（请在 处勾选，仅可勾选一项）： 电子合同（本项仅适用2019年7月1日及之后签发的合同） 纸质合同（补发原因： 遗失/污损      电子合同申请纸质合同补发）  汇丰人寿保险有限公司（以下简称“汇丰人寿”）将根据您提交申请时的保单信息补发保险合同。如您后续申请其他保全服务，或您有已提交申请但尚未生效的其他保全服务，汇丰人寿将另行提供该等保险合同内容变更批单。				
P18 终止银行转账授权					
P19 偿还保单合同贷款	全额还款-全额偿还所有贷款及利息 仅偿还利息-偿还全部欠款的利息				
P20 其他(请详述)					

P21 基本保险金额复原（仅适用于提供复原基本保险金额服务的产品） 请填写《个人资料告知书》	险种名称	险种代码	复原后基本保险金额	应交纳费用
	温馨提示：1）请您在申请办理基本保险金额复原前联系客户经理/销售人员进一步了解该服务；2）复原基本保额须经我司审核同意且收到基本保额增加部分对应的保险费后生效，具体以我司的批注为准。3）请您务必在申请日所属保单年度内交纳相应费用，否则本项申请无效。			
P22 减少附属被保险人 仅适用于提供减少附属被保险人服务的产品	险种名称	险种代码	申请减少的附属被保险人（姓名）	
	注：递交申请时应同时退还该附属被保险人的高端医疗卡，经我司审核并同意后，该附属被保险人的保障计划将于我司收到变更申请的当日24时终止，并自该时起我司不再就附属被保险人承担上述保险合同项下的保险责任。			
U01 恢复交纳期交保险费（仅适用于交费方式为期交保险费的万能险产品）	交纳期数：_____期，每期保险费人民币：_____元，合计人民币：_____元			
U02（万能险）追加保险费	人民币：_____元			

**转账给付授权**

领款人谨此声明与授权：

- 本人同意并授权汇丰人寿保险有限公司（以下简称“汇丰人寿”）及授权银行，依照本申请书指定项目和账号，以转账方式进行相应转账给付操作。
- 本申请书签署日期即为转账授权生效日。
- 授权账户的开户银行为汇丰人寿指定的授权银行。
- 授权账户所有人为投保人、被保险人或生存保险金受益人本人，且为保险合同条款约定的相应保险款项的领款人。
- 本人授权汇丰人寿向本人授权账户中转账给付本申请书指定的各类保险款项，汇丰人寿通过转账给付成功转入本人授权账户内的所有保险款项，视为本人已收到。
- 因本授权书指定账户信息提供错误，或指定账户因发生挂失、冻结、结清造成转账失败而产生后果由本人自行承担。

**授权账户信息**

授权账户所有人姓名											联名账户（仅限于汇丰银行账户）：	是	
领款人身份证件号码													
授权账户开户银行	银行					分行					支行		
授权账号													
注意事项：1. 请提供相应包含账户所有人、账号信息的卡/折复印件。 2. 联名账户请注意按照账户所载账户所有人顺序，将所有账户所有人姓名填写完整。													

投保人及被保险人谨此声明与授权：

- 本人申请本人之保险合同按照上述细则变更，并同意申请书之副本附于保险合同内，并成为保险合同的组成部分。
- 本申请书及有关各份问卷、文件内之声明、陈述或答复完全确实无误，如上述资料不属实，任何根据此申请书所作之保险合同变更可被视作无效。本人了解并同意：投保人、被保险人、受益人提供的信息（包括联系方式）将被用于但不限于客户服务等事项，应提供真实、准确、完整的信息，如提供的信息不真实或不完整将直接影响投保人、被保险人或受益人的权益。未经本人同意，汇丰人寿不可将本人提供的信息用于汇丰人寿及第三方机构的销售活动。
- 本人所要求之变更必须为保险合同内所列之可变更事项或经汇丰人寿保险有限公司（以下简称“汇丰人寿”）许可之可变更事项，须交足变更所需保险费以及其他相关费用并经汇丰人寿核准后始生效。保险合同变更生效日以附贴批单或汇丰人寿批注为准。
- 本人授权汇丰人寿在审核本人申请时可向任何医生、医院、诊所、保险公司或任何组织单位，就有关申请事宜，查询有关投保人及被保险人的资料或索取其它有关证明文件。
- 在中华人民共和国法律不禁止的范围内，本人同意汇丰人寿为了：(a)提供服务，(b)履行合规责任，(c)进行金融犯罪风险管理活动，(d)向客户收取任何欠款，(e)进行信贷调查及获取或提供信贷信息，(f)行使或维护汇丰人寿或汇丰集团成员的权利，(g)出于或满足汇丰人寿或汇丰集团的内部营运要求（包括信用及风险管理、系统或产品研发及计划、保险、审计及管理用途），及/或(h)维持汇丰人寿与客户的关系（包括向客户促销或推广金融服务或相关产品及进行市场调查）的用途而收集、保存、使用、处理本人的相关信息；并向相关汇丰集团成员或其他第三方转移或披露本人的相关信息。其他第三方包括：(a)汇丰集团的任何分包商、代理、服务供应商或汇丰集团的关联人（包括其雇员、董事及职员）；(b)任何有权力机关的要求；(c)代表客户行事的任何人、收款人、受益人、账户代名人、中介人、往来及代理行、清算所、清算或结算系统、市场交易对手、上游预扣税代理人、掉期或交易储存库、证券交易所、客户拥有证券权益的公司（如该等证券由汇丰人寿为客户持有）；(d)获取服务项下利益或承担服务项下的风险的任何一方，包括但不限于再保险公司；(e)其他金融机构、信用评级机构或征信机构，以获取或提供信用信息；(f)任何由汇丰人寿提供介绍或居间的中介经纪商；(g)与汇丰人寿的任何业务转让、处置、合并或收购有关的任何一方。同时，汇丰人寿承诺，未经您本人同意，不会将您本人所提供的信息用于汇丰人寿及第三方机构的销售活动。本人同意汇丰人寿从本人有效的授权银行帐号中，以自动转账方式进行变更所需保险费及变更费用的收取。

温馨提示：

- 为了您的利益着想，签署前请再次校对所填资料，请勿在空白之申请书上签署。
- 为了保证您可以及时收到我司发送的通知，请确认您留在我司的保险合同通讯地址、电子邮箱地址、投保人电话等都为本人常用且最新的联系方式。如您需要变更联系方式，请同时填写本申请书上对应变更项目。

\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

(投保人签名)
(被保险人签名)
(签署日期)
(见证销售人员签名)
(见证销售人员代码)

(未满18周岁的，应由其监护人代签)