版本号:SDPOSCHANGE-202508



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的 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							
P05-01更改保险合同通讯地址 址 温馨提示 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。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。	电子邮箱地址:						
P05-02更改保险合同通讯方式 式 温警提示: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。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。	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》 (https://www.hsbcinsurance.com.cn/help/faq/electronic_notification/),并已提供有效电子邮箱地址用于接受电子通知】 纸质通知 需要同步变更的保险合同编号:						
Do4	姓名:						
P01 更改被保险人资料 温警提示: 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。	单位/学校名称:						
	·····································						
P02 更改投保人资料 身份证件号码(变更原因请提供:	姓名:						
	其他地址:国家/地区省/直辖市市地址也址(变更投保人姓名请提供)						

版本号:SDPOSCHANGE-202508

	受益人信息1				
	姓名:				
	一 联系电话: 国家/地区区号				
	受益人身份证件类型: 身份证 护照 其他证件号码:				
	受益顺序: 第一顺序 第二顺序				
	受益人信息2				
P04 变更身故保险金受益人 变更原因请提供 变更受益人个人资料 其他请详述	姓名:				
温馨提示: 受益顺序不选将默认为第一顺序。	与被保险人(姓名)(证件号码)				
	受益人身份证件类型: 身份证 护照 其他证件号码:				
	 受益顺序: 第一顺序 第二顺序				
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
	姓名:性别: 男 女 出生日期:年月日 国籍:				
	居住地址:国家/地区				
	与被保险人(姓名)(证件号码)关系:				
	受益人身份证件类型: 身份证 护照 其他证件号码:				
	受益順序: 第一順序 第二順序				
P06 变更续期保险费交费频率	年交 月交				
P07 变更现金红利的分配方式 本项不适用于红利分配/领取方式为"增额红利和/或终了红利"或"购买交清增额保险"的保险产品。	累积生息 抵交保险费 现金领取(即自动转账至投保人账户,本选项仅适用于采用现金红利方式分配盈余且提供"现金领取"分配方式的产品) 授权转入万能保单账户(万能保险合同编号:)				
P08 变更保险费逾期未交选项	保险费自动垫交 如果您在宽限期结束时仍未交纳保险费,我们将以保险合同的现金价值扣除您尚未偿还的各项欠款之后的余额自动垫交到期应交的 保险费,保险合同继续有效。所垫交的保险费视同贷款。当保险合同的现金价值扣除各项欠款后的余额不足以垫交一期保险费的,				
	我们将根据保险合同的现金价值扣除各项欠款后的余额计算保险合同可以继续有效的天数,保险合同在此期间继续有效。该期间届满后,保险合同效力即时中止。 保险费非自动垫交				
 P11 复效	如果您在宽限期结束之后仍未交纳保险费,则保险合同自宽限期届满当日24时起效力中止,保险合同另有约定的除外。 请同时填写《个人资料告知书》(无需告知的产品除外);如有相关病史资料,检查报告,请一并提供。如投保人资料有变更,请				
	填写在P02对应栏位。 以保险费到期日的现金价值扣除尚未偿还的各项欠款之后的余额作为一次交清的保险费,重新计算本合同的基本保险金额,基本保				
P12 减额交清保险	险金额会相应减少。减额交清后,本合同的各项保险责任均按照减少后的基本保险金额进行计算。效力中止的保单不可办理减额交清。减额交清后的基本保险金额必须符合相关减额交清最低基本保险金额的标准。减额交清后,您不需要再交纳保险费,本合同继续有效。对于分红型保险产品,合同更改为减额交清保险时,汇丰人寿将一次性支付已经分配且留存于汇丰人寿的红利本息(如有),变更为减额交清保险后的保险合同将不再分配红利。如您申请减额交清可能会遭受损失,故请您慎重考虑和决定。				

版本号:SDPOSCHANGE-202508

	1	,				
P13 增加基本保险金额 P14 减少基本保险金额	险种名称		险种代码	变更后基本	5保险金额	
增加基本保额请同时填写《个人资料告知书》						
犹豫期内申请减保时请先交还原保险合同	投保人及被保险人声明:1) 本人知晓基本保险金额减少部				E效日起开始计算。2)	
	如果投保人申请减少基本保险	佥金额,请在下列选 项中	勾选:			
	SR1701 保费太高	SR1101 未能继续负	担保险费(*夏交保险产品	请勿勾选此项)		
	SR1302 购买其他符合需	家求产品 SR150)1 家人反对 其	他(请描述)		
	4744 1 VIII VI - 1074 - 1774		转账给付授权			
	领款人谨此声明与授权: 1、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。 2、本申请书签署日期即为转账授权生效日。 3、授权账户的开户银行为汇丰人寿指定的授权银行。 4、授权账户所有人为投保人、被保险人或生存保险查受益人本人,且为保险合同条款约定的相应保险款项的领款人。 5、本人授权汇丰人寿向本人授权账户中转统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。 6、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。					
	授权账户所有人姓名		授权账户信息	佚名账户(仅限用于汇丰银行账户	1): □是	
	领款人身份证件号码					
	授权账户开户银行 授权账号		银行	分行	支行	
	注意事项: 1. 请提供相应包含账	中所有人、 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	所有账户所有人姓名填写完整。	
	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:					
 P15 新增附加险	本人已阅读新增附加险(";	本附加险")的保险条款	次,了解本附加险的情况和	特点,并自愿承担保单利益不	F确定的风险。对于保险责	
请填写《个人资料告知书》	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	收或批注的内容外 , 其他	2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 ⁶	保本附加险,并构成本人	
	投保本附加险之书面同意内容	容。但本人为投保本附加	险而签署的《个人资料告知	山书》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:					
 P17 补发保险合同	│ │ │ 请选择递送方式(<mark>请在</mark>					
温馨提示: 1)补发的电子合同将发送至您留存在汇丰人寿的电子邮箱,补发的纸质合同将邮寄至您留	电子合同(本项仅适用					
存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 语句语述	纸质合同 (补发原因: 遗失/污损 电子合同申请纸质合同补发)					
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。	有已提交申请但尚未生效的基			信息补发保险合同。如您后续 内容变更批单。	申请其他保全服务,或您	
P18 终止银行转账授权	转账付费授权 转账给付授权					
P19 偿还保单合同贷款	全额还款-全额偿还所: 仅偿还利息-偿还全部:					

版本号: SDPOSCHANGE-202508

P20 其他(<mark>请详述</mark>)						
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	险种代码 复原后基本保		呆险金额	
	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们审核同意且 收到基本保额增加部分对应的保险费后生效,具体以我们的批注为准。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,经汇丰人寿审核并同意后,该附属被保险人的保障计划将于汇丰人寿收到变更申请的当日24时终止,并自该时起汇丰人寿不再就该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	交纳期数:期,每期保险	费人民币:	元,合计人图	話:	元	
的万能险产品)						
U02 (万能险)追加保险费	人民币:元					

投保人及被保险人谨此声明与授权:

- 1、 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。
- 2、本申请书及有关各份问卷、文件内之声明、陈述或答语完全确实无误,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。
- 3、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。
- 4、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。
- 5、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整体关系(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)应任何权力机关的要求;(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:

- 1、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。
- 2、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
(投床八壶石)	(未满18周岁的,应由其监护人代签)	(立省口朔)	(见证明告人贝金名)	(光证的各人以代码