



保险合同内容变更申请书



您可扫描通过二维码关注
“汇丰人寿”微信公众号体
验更便捷的自助服务

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 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：_____ 邮寄（通讯）地址：国家/地区_____省/直辖市_____市_____地址_____ _____ 邮编：_____ 需要同步变更的保险合同编号：_____
☐ P05-02 更改保险合同通讯方式 温馨提示：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.hsbinsurance.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：_____
☐ P01 更改被保险人资料 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。	姓名：_____国籍（国家/地区）：_____性别：☐男 ☐女 出生日期：_____年____月____日 身份证件类型：☐身份证 ☐护照 ☐其他_____证件号码：_____ 单位/学校名称：_____单位/学校所在国家/地区_____省/直辖市_____市_____ 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） 行业大类：_____行业中类：_____职业：_____ 移动电话：国家/地区区号_____电话号码_____ 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_____ _____ 被保险人签名样本：_____（变更被保险人姓名请提供）
☐ P02 更改投保人资料 ☐ 身份证件号码（变更原因请填写：_____） 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。	姓名：_____国籍（国家/地区）：_____性别：☐男 ☐女 出生日期：_____年____月____日 出生地所在国家/地区：_____公民身份所在国家/地区：_____ 身份证件类型：☐身份证 ☐护照 ☐其他_____证件号码：_____ 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：_____ 单位/学校名称：_____年收入：_____单位/学校所在国家/地区_____省/直辖市_____市_____ 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） 行业大类：_____行业中类：_____职业：_____ 单位电话：国家/地区区号_____电话号码_____ 家庭电话：国家/地区区号_____电话号码_____移动电话：国家/地区区号_____电话号码_____ 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_____ _____ 投保人签名样本：_____（变更投保人姓名请提供）

页次3/4

☐ 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			

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为无效。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。

(投保人签名)

(被保险人签名)
(未滿18周岁的，应由其监护人代签)

_____年____月____日

(签署日期)

(见证销售人员签名)

(见证销售人员代码)