

# 保险合同变更申请书

保单号码：

投保人/被保险人姓名：

投保人/被保险人证件号码：

投保人要求保险合同作如下变更（请在“□”中用“√”标注您的选择，并填写变更内容于横线上）：

投保人联系方式变更

通讯地址：\_\_\_\_\_省(自治区)\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_区/县\_\_\_\_\_

邮政编码：\_\_\_\_\_ E-mail：\_\_\_\_\_ 手机号码：\_\_\_\_\_

更正客户资料信息 (请同时提供身份证件复印件)

姓名：\_\_\_\_\_ 证件类型：\_\_\_\_\_ 证件号码：\_\_\_\_\_

变更受益人/信息资料 (请同时提供身份证件复印件)

1. 姓名：\_\_\_\_\_ 证件类型：\_\_\_\_\_ 证件号码：\_\_\_\_\_

与被保险人关系：\_\_\_\_\_ 受益份额/顺序：\_\_\_\_\_

2. 姓名：\_\_\_\_\_ 证件类型：\_\_\_\_\_ 证件号码：\_\_\_\_\_

与被保险人关系：\_\_\_\_\_ 受益份额/顺序：\_\_\_\_\_

3. 姓名：\_\_\_\_\_ 证件类型：\_\_\_\_\_ 证件号码：\_\_\_\_\_

与被保险人关系：\_\_\_\_\_ 受益份额/顺序：\_\_\_\_\_

保险合同解除 (请同时提供身份证件复印件)

投保人签署：

被保险人签署：

申请/签署日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

申请/签署日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日