



扫码关注“iptiQ瑞智保”微信公众号
获取售后服务，更有精彩福利等你来拿

iptiQ 瑞智保
瑞再企商

瑞再企商保险有限公司·保险合同变更申请书

填写须知：

1. 请在您申请变更的项目□内打√。为维护您的合法权益，请勿在未经您填写的空白申请书上签名盖章。
2. 请同时提交您的有效证件。若变更项目涉及变更被保险人信息的，如 01、07、08、09、10，请同时提交被保险人有效证件。
3. 如您申请 07、08、10，瑞再企商保险有限公司（以下简称“本公司”）同步更新投保人名下所有保单的客户资料（若涉及被保险人信息变更，则仅限同一被保险人信息同步）。如您申请除 07、08、10 项以外的其他变更，则本公司仅针对您所申请变更的保险单号对应保单进行修改。
4. 变更项目 05、06、08、11、12，需符合您申请保单的可变更事项。
5. 请您务必真实、清晰、完整地填写本申请书中有关投保人、被保险人及指定受益人的相关个人信息。投保人、被保险人应保证该申请书中所填写的内容真实合法，并由本人亲笔签署确认，该申请书将作为本公司出具保险合同批单的依据。本申请书所涉及客户信息将被用于本公司为您公允地计算保费、核保以及提供各类客户服务等。如您没有真实、清晰、完整地填写本申请书中的客户信息，将会影响本公司向您提供服务的质量，甚至影响您的保险合同效力。
6. 联系信息（地址、电话、邮箱）是我们向您传递保单信息的有效渠道，如变化时，请您及时办理变更，以便您能及时准确地获取服务。
7. 如您提供证件仅有效期被更新，且未进行客户身份信息变更的申请，本公司主动为您进行系统更新，便于您后期及时办理各项业务。
8. 申请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本公司许可之可变更事项，须交足变更所需保险费以及其他相关费用并经本公司核准后始生效。保险合同变更生效日以附贴批单或本公司批注为准。
9. 本申请书签署日期与本公司收到日期间隔不得超过 5 个工作日，如果逾期本次变更申请将自动无效。

保险单号：_____

| □ 01 保单联系信息变更 | | | | | | | | | | |
|---------------|------------|--|---|-----|------|-------------|-----|---|--|--|
| 变更人 | □投保人 □被保险人 | | | | | 邮箱 | | | | |
| 手机 | | | | | | 固定电话（区号+固话） | | | | |
| 邮政编码 | | | | | | - | | | | |
| 地址 | 省/直辖市 | | 市 | 区/县 | 街道/村 | 路 | 弄/号 | 室 | | |

| □ 02 投保人收付费账号变更（仅限借记卡） | | | | | | | | | | |
|--|----|--|----|----|-------------|--|--|--|--|--|
| 开户银行 | 银行 | | 分行 | 支行 | 银行账号（仅限借记卡） | | | | | |
| 注意事项： | | | | | | | | | | |
| 1. 投保人收付费账户所有人应为投保人本人，用于投保人权益的保单交费和保单退费。 | | | | | | | | | | |
| 2. 账户所有人同意以此授权资料作为本人在本公司相关权益的使用，并按银行各项规定执行。 | | | | | | | | | | |
| 3. 账户所有人如果同时授权同一银行账户自动转账两张或两张以上与本公司签订的保险合同，账户所有人同意依照银行转账顺序。 | | | | | | | | | | |
| 4. 账户所有人需保证用于自动转账交费的账户在转账成功后账户中至少保留人民币一元，否则可能导致扣款失败并影响该保险合同效力。 | | | | | | | | | | |

| □ 03 退保及退保原因 | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 退保原因 | □经济原因 □不符合健康告知 □信息填写有误 □改投其他保险 □其他：_____ | | | | | | | | | |
| 注意事项：退费账户默认为保险费扣款账户。若需变更收付费账户信息，请同时填写 02 项。 | | | | | | | | | | |

| □ 04 身故受益人变更 | | | | | | | | | | |
|---|----|----|------|------|------|------|------|----|------|------|
| 姓名 | 性别 | 国籍 | 证件类型 | 证件号码 | 有效期起 | 有效期止 | 出生日期 | 关系 | 受益比例 | 受益顺序 |
| | | | | | | | | | % | |
| | | | | | | | | | % | |
| | | | | | | | | | % | |
| 说明：_____ | | | | | | | | | | |
| 注意事项： | | | | | | | | | | |
| 1. 需投保人和被保险人同时签字。若受益人变更超过 3 人，请填写多张申请书。 | | | | | | | | | | |
| 2. “关系”：指身故受益人与被保险人的法律关系，可填写父母/配偶/子女/其他。若为其他，请在上述“说明”栏位后补充具体原因， 并提交新受益人有效证件。 | | | | | | | | | | |

| □ 05 保险责任批减及批减原因 | | | | | | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|
| 批减原因 | □经济原因 □不符合健康告知 □信息填写有误 □改投其他保险 □其他：_____ | | | | | | | | | | |
| 主险名称 | | | | | 附加险名称 | | | | | | |

| □ 06 保险计划变更 | | | | | | | | | | |
|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 变更后的计划：_____ | | | | | | | | | | |

本栏位由我公司受理人员填写 ●申请来源：□客户亲至公司 □委托代办 □其他 受理人员签章：_____ 签章日期：_____年____月____日



扫码关注“iptiQ瑞智保”微信公众号
获取售后服务，更有精彩福利等你来拿

iptiQ 瑞智保
瑞再企商

| 07 被保险人职业类别变更 | | | |
|---------------|--|---------|-------|
| 现职务及工作内容 | | 现职务任职起期 | 年 月 日 |

| 08 被保险人社保信息变更 | |
|--------------------------------------|---|
| 社保信息 | <input type="checkbox"/> 有社保 <input type="checkbox"/> 无社保 |
| 注意事项：若变更为有社保，请提交被保险人有效社保凭证（社保卡、手册等）。 | |

| 09 投保人变更 | | | |
|---|---|-------------------------------|---|
| 姓名 | | 出生日期 | 年 月 日 |
| 与被保险人关系 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 | 性别 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 国籍 | <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | 职业 | |
| 证件类型 | <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | 证件号码 | |
| 证件有效期 | 年 月 日至 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 长期有效 | |
| 邮箱 | | 固定电话（区号+固话） | - |
| 手机 | | 邮政编码 | |
| 地址 | 省/直辖市 市 区/县 街道/村 路 弄/号 室 | | |
| 开户银行 | 银行 分行 支行 | 银行账号（仅限借记卡） | |
| 注意事项： 1. 新投保人声明：瑞再企商已对保险合同条款履行了说明义务，并对保险责任、责任免除、免赔额、免赔率、比例赔付、退保条款、犹豫期条款等履行了提示和明确说明义务，上述内容本人均已完全理解并同意遵守。本人同意自此项变更生效之日起履行投保人的相关义务，包括按时支付保险费等。 2. 投保人收付费账户所有人应为投保人本人，用于投保人权益的保单交费和保单退费。 3. 账户所有人同意以此授权资料作为本人在本公司相关权益的使用，并按银行各项规定执行。 4. 账户所有人如果同时授权同一银行账户自动转账两张或两张以上与本公司签订的保险合同，账户所有人同意依照银行转账顺序。 5. 账户所有人需保证用于自动转账交费的账户在转账成功后账户中至少保留人民币一元，否则可能导致扣款失败并影响该保险合同效力。 6. 请同时提交新投保人有效证件。 | | | |
| | | | 变更后的投保人签名：_____ |

| 10 客户身份信息变更 <input type="checkbox"/> 投保人信息 <input type="checkbox"/> 被保险人信息 | | | |
|--|---|-------------------------------|---|
| 姓名 | | 出生日期 | 年 月 日 |
| 与被保险人关系 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 | 性别 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 国籍 | <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | 职业 | |
| 证件类型 | <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | 证件号码 | |
| 证件有效期 | 年 月 日至 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 长期有效 | |
| 投保人/被保险人签名：_____（如客户姓名变更，此处为新签名） 若被保险人信息变更超过 1 人，请填写多张申请书。 | | | |

| 11 缴费计划变更 <input type="checkbox"/> 提前缴清保费 | |
|---|--|
|---|--|

| 12 保单期间变更 | |
|-----------|-------------------|
| 保单止期延长 | 延长至 年 月 日 |
| 保单止期缩短 | 缩短至 年 月 日 |
| 保单期间平移 | 平移至 年 月 日 ~ 年 月 日 |

本人授权贵公司：

- 在适用法律、法规允许或要求的范围内，为实现保险产品基本功能、实现保险产品附加功能服务、推荐或改善产品或服务、提供客户服务、满意度调查及处理投诉、依据法律法规及监管规定履行法定义务等合法目的，在中国境内外，从本人处及其他各种渠道收集本人（含本《保险合同变更申请书》中涉及的其他相关个人信息主体）的姓名、出生日期、性别、身份证件类型、证件号码及有效期限、国籍、职业、地址、电话、邮箱、银行卡信息等个人信息并对上述信息进行使用、处理和存储；授权期限为贵公司为实现上述合法目的所必需的期间和/或法律法规允许或要求的期限。
- 为上述目的将上述信息全部或部分共享或提供给贵公司的关联方、再保险公司、保险中介机构、理赔查勘公司、保险公估公司及其他保险业务合作伙伴、专业顾问、授权服务提供商、供应商和其他合作伙伴、依据必须遵守的相关法律法规或监管规定，或者依据监管部门的明确指令，所必需向其提供信息的有关实体等。本人知悉并同意贵公司将本人的个人信息存储于中华人民共和国境内；如因业务需要，贵公司需要向境外提供本人个人信息的，本人授权同意此类个人信息出境。贵公司将通过签署书面协议或其他方式确保本人的个人信息得到在中华人民共和国境内同等水平的保护。如本人是不满十四周岁儿童的监护人并代表该儿童签署本合同，则上述授权所述相关个人信息还包括该儿童的个人信息。本人已知悉并同意本个人信息授权及贵公司《个人信息保护政策》（请访问官网链接 https://www.swissrecorporatesolutions.com.cn/site/privacy_policy 查阅）。

请务必确保签名为本人签署

投保人签名：_____ 被保险人签名（未满 18 周岁的，由其监护人代签）：_____ 签名日期：__年__月__日

本栏位由我公司受理人员填写 ● 申请来源：客户亲至公司 委托代办 其他 受理人员签章：_____ 签章日期：_____年__月__日



扫码关注“iptiQ瑞智保”微信公众号
获取售后服务，更有精彩福利等你来拿

iptiQ 瑞智保
瑞再企商

委托书

本授权人系本保险合同之 投保人 被保险人 未成年人之法定监护人
现授权委托 _____ 女士 先生 (证件号码 _____ , 联系电话 _____), 前往贵公司
办理本保险合同 _____ 变更事项。

被授权人与授权人的关系是: 亲属 朋友 其他。

本授权人申明, 由此授权委托书引起的一切纠纷与贵公司无关。

授权人签名: _____ 签名日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

被授权人签名: _____ 签名日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

(注: 此授权委托书自授权人签名之日起 5 个工作日内有效, 逾期即自动失效。)