



收件章

客户基本信息确认书

保全申请单条形码编号: _____

保险合同号码: _____

投保人: _____

被保险人: _____

申请日期: _____年 _____月 _____日

申请人声明: 同意变更生效日以富德生命人寿保险股份有限公司出具的批单生效日为准。变更申请书中所有陈述均属真实并亲笔签名。

请用黑色钢笔或签字笔填写。

01□投保人	姓名: _____ 性别: _____ 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日
	国籍: _____ 职业: _____ 职业代码: _____
	证件类型: _____ 证件号码: _____
	证件有效期: <input type="checkbox"/> 长期 / <input type="checkbox"/> 至 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	联系电话: _____ 本次变更覆盖对应的原联系方式: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	联系地址: _____ 省/自治区 _____ 市 _____ 区/县 _____ 邮编 (必填项): _____
02□被保险人 (若被保险人与投保人为同一人, 被保险人资料可以不填写)	姓名: _____ 性别: _____ 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日
	国籍: _____ 职业: _____ 职业代码: _____
	证件类型: _____ 证件号码: _____
	证件有效期: <input type="checkbox"/> 长期 / <input type="checkbox"/> 至 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	联系电话: _____ 本次变更覆盖对应的原联系方式: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	联系地址: _____ 省/自治区 _____ 市 _____ 区/县 _____ 邮编 (必填项): _____
<input type="checkbox"/> 授权同意: 若您在投保时填写的信息与本次填写的信息不一致时, 您同意本公司按照此次填写的相关内容进行修改。 <input type="checkbox"/> 仅本保单 <input type="checkbox"/> 所有保单 (注: 若发生联系方式变更时请勾选)	
客户签名确认: _____	
申请类型: 1□本人申请 2□委托代办 3□代审 4□其他_____	
投保人签名: _____	联系电话: _____ 签署日期: _____
被保险人(或其法定监护人)签名: _____	联系电话: _____ 签署日期: _____
保险金受益人签名: _____	联系电话: _____ 签署日期: _____
代办人签名: _____ 联系电话: _____	
批单领取方式: <input type="checkbox"/> 自行领取 <input type="checkbox"/> 邮寄 (批单将寄往您的保单联系地址, 若地址发生变化, 请先申请联系方式变更)	
受理渠道	<input type="checkbox"/> 分/支公司柜面 <input type="checkbox"/> 四级机构服务部柜面 <input type="checkbox"/> 银行柜面 <input type="checkbox"/> 经代公司柜面 <input type="checkbox"/> 银代客户经理 <input type="checkbox"/> 续期服务人员 <input type="checkbox"/> 个险营销员 <input type="checkbox"/> 团险业务员
	经办人员签名: _____ 日期: _____ 联系电话: _____ 备注: _____ 代审人编号/网点代码: _____ 注: 若为代理人/客户经理代审, 请同时填写其编号。银代、经代柜面代审, 请同时填写网点编码。

注: 当投保人、被保险人、受益人信息(姓名、性别、出生日期、证件类型和号码、证件有效期限、住所地或者工作单位地址、国籍、职业、联系方式、缴费账户等)发生变化时, 需同时为客户办理信息变更手续。