众惠财产相互保险社
Public Mutual Insurance Corporation

批改申请号：

保险合同变更申请书

保单号：_____申请人：_____申请日期：_____年_____月_____日.

申请人声明：

1、 本人/本公司申请以下勾选的变更事项并认可所有申请事项，同时知晓申请事项须经贵社批准后生效，其生效日以批准文件所载变更生效日为准。

2、 本人/本公司确认对贵社提供的文件、各项声明完整准确，可成为贵社签发保险合同批注依据。

3、 如上述资料不属实因此影响贵社决定是否变更保险合同，则贵社有权撤销保险合同批注。

4、 本人/本公司委托_____（证件号：_____） 办理保险合同变更业务，已知悉可能产生资金安全及其他法律风险，本人/本公司再次确认受托人在贵社为本人代办的保险合同变更业务，由此产生的一切后果和责任均由本人/本公司承担。

请您在申请变更项目前的☐内打"√"，并在横线中填写所需变更的内容。 **下述标*为涉及收付费项目。**

☐客户信息更正	☐投保人	姓　　名：由_____变更为_____。 证件号码：由_____变更为_____。 其他信息：由_____变更为_____。
	☐被保险人	姓　　名：由_____变更为_____。 证件号码：由_____变更为_____。 其他信息：由_____变更为_____。 ☐同投保人变更事项 (投保人与被保险人为同一人时勾选)
	☐受益人	姓　　名：由_____变更为_____。 证件号码：由_____变更为_____。 其他信息：由_____变更为_____。

☐保单退保*	退保原因：_____。 （退保生效日期以我社接收到您齐全且正确的变更申请资料的次日零时为准）
☐保单协议退保	退保原因：_____。
☐其他事项变更	涉及通讯地址、邮政编码、电子邮箱、手机号码、固定电话变更的免提交《保险合同变更申请书》，可直接拨打 400-919-0505 热线电话直接进行修改。 _____。 _____。

收付费账户信息（标*的项目填写）

户 名*（与投保人一致）：_____账号*（勿使用信用卡）：_____。

开户行名称及地址*（精确到支行）：_____银行_____省_____市_____（区 / 县）_____。

重要提示：

1、 依据本社章程、会员管理办法，您的批改申请可能导致会员资格或会员权益发生变化，您提交批改申请书后，我们视为您已经充分了解并同意上述变化。您可以登录本社官网 www.pubmi.org 或拨打会员服务热线 4009190505 查询。

2、 为维护您的权益，请勿在未经您填写的空白申请书上签名。

投保人签名：_____证件号码：_____联系电话：_____。

新投保人签名：_____证件号码：_____联系电话：_____。

注：（申请变更投保人时，原投保人和变更后的新投保人均需由本人亲笔签字）

被保险人或其合法监护人签名：_____证件号码：_____。

初审： 接收时间_____初审人员_____。