

客户须知

请仔细阅读下列客户须知，然后用黑色水笔在变更项目前的□内打√，并正楷填写变更内容。

- 1、您所申请的变更项目，经利安人寿保险股份有限公司（以下简称本公司）审核同意后生效，生效日期以批单所载日期为准；如您需要批单，请至本公司领取。
- 2、请保持申请书签名与留存于本公司的签名样本一致。为维护您的权益，请勿在空白申请书上签名。
- 3、账户所有人须以本人真实姓名开立结算账户，并自愿授权本公司使用指定银行结算账户（以下简称授权账户）用于保险款项转账收付。如果因授权人提供的授权账户错误、账户注销、账户余额不足或者不符合本公司对授权账户的要求而导致转账不成功，本公司无须承担由此引起的责任。申请事项存在退费的，若申请人提供的账户为他人所有，本公司视同申请人可以从该账户中取得该笔款项，由此引起的纠纷，由申请人自行承担。
- 4、转账收费类申请，应在申请确认后15个自然日内完成交费，否则本次申请将自动逾期终止。
- 5、本公司不接受信用卡还款。