

泰康人寿保险有限责任公司 保险合同变更申请书 (盈泰专用)

保险单号 _____ 申请人 _____ (角色选择: 投保人 受益人) 申请日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日**公司提示:**

- 1、退保金/红利的申请人为投保人,生存金的申请人为生存受益人。
- 2、授权进行银行转账的账户所有人,须为本保险合同的投保人或生存受益人。
- 3、为维护您的权益,请勿在未经您填写的空白申请书上签名。签名前请再次核对新填写的内容,一经签字确认视为您同意对该保单进行相应的变更处理。请确认您已阅知、理解公司提示并同意遵守,谨以此申请书向本公司申领下列款项,并授权本公司以下述银行账号进行相关款项的给付事项。

1. <input type="checkbox"/> 解除合同	投保人姓名: _____ 性别: _____ 证件类型: <input type="radio"/> 身份证 <input type="radio"/> 护照 <input type="radio"/> 其它 _____ 证件号码: _____ 解除原因: <input type="radio"/> 险种不满意 <input type="radio"/> 服务不满意 <input type="radio"/> 经济状况不好 <input type="radio"/> 资金周转 <input type="radio"/> 其它 _____ 注:投保人在犹豫期后要求解除合同的,根据保险条款约定扣除相关费用后退还保单现金价值。 退费转账信息: <input type="radio"/> 投保人缴费账户 <input type="radio"/> 其他账户: 户名 _____ 开户银行 _____ 银行账号 _____
----------------------------------	---

2. <input type="checkbox"/> 领取生存金	受益人信息: 姓名 _____ 性别 _____ 国籍 _____ 职业 _____ 与投保人关系 _____ 证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 证件号码: _____ 证件有效期至 _____ 至 _____ 联系电话: _____ 住所地或工作单位地址 _____ 声明:本人确认上述保全申请中录入的姓名、性别、国籍、职业、证件类型、证件号码、证件有效期、联系电话、住所地或工作单位地址属实,确认录入的投保人、被保险人、受益人的关系属实。 <input type="radio"/> 生存受益人与投保人为同一人,生存金支付账户同投保人退费账户。 <input type="radio"/> 生存受益人与投保人非同一人,则勾选以下退费方式: <input type="radio"/> 同投保人退费账户 声明:本人要求并授权你公司将生存金支付至 _____ (投保人姓名) 提供的退费账户。 生存受益人签字: _____ <input type="radio"/> 其他账户: 户名 _____ 开户银行 _____ 银行账号 _____
-----------------------------------	--

若委托他人代办,请填写以下内容

投保人 _____ (证件类型 _____ 证件号码 _____)
生存受益人 _____ (证件类型 _____ 证件号码 _____)
现委托 _____ 先生/女士 (证件类型 _____ 证件号码 _____) 前
往贵公司办理有关本保单申请项下 _____ 变更事宜。本委托授权有效期为7天。(委托日期同本申请书的申请日期)
代办人与委托人关系: <input type="radio"/> 业务员 <input type="radio"/> 亲属 <input type="radio"/> 朋友
投保人签名: _____ 生存受益人或其监护人签名: _____ 代办人签名: _____
投保人电话: _____ 生存受益人或其监护人电话: _____ 代办人电话: _____

变更申请反馈方式选择: <input type="radio"/> 不需回复 <input type="radio"/> 短信回复 <input type="radio"/> 邮件回复 <input type="radio"/> 邮寄批单 <input type="radio"/> 其他
投保人签名: _____ 生存受益人/监护人签名: _____

以下栏由受理银行填写

经办: _____ 年 _____ 月 _____ 日	复核: _____ 年 _____ 月 _____ 日
-----------------------------	-----------------------------

以下栏由保险公司填写

经办: _____ 年 _____ 月 _____ 日	复核: _____ 年 _____ 月 _____ 日
-----------------------------	-----------------------------



泰康人寿保险有限责任公司 保险合同变更申请书（盈泰专用）

保险单号 _____ 申请人 _____ （角色选择： 投保人 受益人）申请日期 _____ 年 ____ 月 ____ 日**公司提示：**

- 1、退保金/红利的申请人为投保人，生存金的申请人为生存受益人。
- 2、授权进行银行转账的账户所有人，须为本保险合同的投保人或生存受益人。
- 3、为维护您的权益，请勿在未经您填写的空白申请书上签名。签名前请再次核对新填写的内容，一经签字确认视为您同意对该保单进行相应的变更处理。请确认您已阅知、理解公司提示并同意遵守，谨以此申请书向本公司申领下列款项，并授权本公司以下述银行账号进行相关款项的给付事项。

1. <input type="checkbox"/> 解除合同	投保人姓名：_____ 性别：_____ 证件类型： <input type="radio"/> 身份证 <input type="radio"/> 护照 <input type="radio"/> 其它 _____ 证件号码：_____ 解除原因： <input type="radio"/> 险种不满意 <input type="radio"/> 服务不满意 <input type="radio"/> 经济状况不好 <input type="radio"/> 资金周转 <input type="radio"/> 其它 _____ 注：投保人在犹豫期后要求解除合同的，根据保险条款约定扣除相关费用后退还保单现金价值。 退费转账信息： <input type="radio"/> 投保人缴费账户 <input type="radio"/> 其他账户：户名 _____ 开户银行 _____ 银行账号 _____
----------------------------------	---

2. <input type="checkbox"/> 领取生存金	受益人信息：姓名 _____ 性别 _____ 国籍 _____ 职业 _____ 与投保人关系 _____ 证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 证件号码：_____ 证件有效期至 _____ 至 _____ 联系电话：_____ 住所地或工作单位地址 _____ 声明：本人确认上述保全申请中录入的姓名、性别、国籍、职业、证件类型、证件号码、证件有效期、联系电话、住所地或工作单位地址属实，确认录入的投保人、被保险人、受益人的关系属实。 <input type="radio"/> 生存受益人与投保人为同一人，生存金支付账户同投保人退费账户。 <input type="radio"/> 生存受益人与投保人非同一人，则勾选以下退费方式： <input type="radio"/> 同投保人退费账户 声明：本人要求并授权你公司将生存金支付至 _____（投保人姓名）提供的退费账户。 生存受益人签字：_____ <input type="radio"/> 其他账户：户名 _____ 开户银行 _____ 银行账号 _____
-----------------------------------	--

若委托他人代办，请填写以下内容

投保人 _____ （证件类型 _____ 证件号码 _____） 生存受益人 _____ （证件类型 _____ 证件号码 _____） 现委托 _____ 先生/女士（证件类型 _____ 证件号码 _____）前 往贵公司办理有关本保单申请项下 _____ 变更事宜。本委托授权有效期为7天。（委托日期同本申请书的申请日期） 代办人与委托人关系： <input type="radio"/> 业务员 <input type="radio"/> 亲属 <input type="radio"/> 朋友 投保人签名：_____ 生存受益人或其监护人签名：_____ 代办人签名：_____ 投保人电话：_____ 生存受益人或其监护人电话：_____ 代办人电话：_____
--

变更申请反馈方式选择： <input type="radio"/> 不需回复 <input type="radio"/> 短信回复 <input type="radio"/> 邮件回复 <input type="radio"/> 邮寄批单 <input type="radio"/> 其他 投保人签名：_____ 生存受益人/监护人签名：_____

以下栏由受理银行填写

经办：_____ 年 ____ 月 ____ 日	复核：_____ 年 ____ 月 ____ 日
--------------------------	--------------------------

以下栏由保险公司填写

经办：_____ 年 ____ 月 ____ 日	复核：_____ 年 ____ 月 ____ 日
--------------------------	--------------------------



客户信息使用授权声明条款

本人已理解泰康集团基于提供更优质服务和产品的目的，将收集和使用本人的个人信息，范围包括本人提供给泰康集团的个人信息、本人享受泰康集团服务产生的信息（包含本单证签署之前提供和产生的信息）以及泰康集团为实现上述目的，根据本条款约定向合法取得本人授权的第三方查询、收集的本人个人信息；本人理解并认可上述信息与泰康集团向本人提供服务密切相关。

本人已理解“泰康集团”是指泰康保险集团股份有限公司及其直接或间接控股的公司；泰康集团收集的本人信息将向泰康集团各公司及与所提供服务相关的合作机构披露、共享，用于为本人提供服务、产品推介、开展市场调查与信息数据分析等；泰康集团及其合作机构对本人个人相关信息负有保密义务，将采取必要措施保证本人的个人信息安全。

基于上述理解，本人授权泰康集团基于上述目的、按照上述的方式和规则，收集、使用本人上述个人信息。

本人承诺向泰康集团提供的个人相关信息的真实性和准确性，授权泰康集团向合作机构对本人的个人信息真实性和准确性进行核验，并承担因个人提供信息不真实、不准确造成的一切责任。

本条款自本单证签署时生效，具有独立法律效力，不受合同成立与否及效力状态变化的影响。

申请书填写客户须知

- 1、如果您申请的项目中，存在部分或全部申请项目不符合法律规定或保险合同约定，该申请项目无效。
- 2、请保持申请书签名与留存于投保书的签名样本一致。为维护您的权益，请勿在空白申请书上签名。
- 3、为了保护您的合法权益，泰康人寿特别提醒：我公司禁止从业人员销售非泰康的第三方理财产品。若我司从业人员存在类似情况，请您及时向公司或公安机关等有关部门反映。提高防范意识，远离非法集资！

客户服务电话：95522

泰康人寿官网：www.taikanglife.com



泰康人寿官方微信