

泰康人寿保险有限责任公司 满期保险金/红利领取申请书

公司提示:

- 1、满期保险金的申请人为生存受益人，累积红利的申请人为投保人。
- 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、请投保人与生存受益人及时在保险合同期满后向我公司提交领取申请。在保险合同期满后未领取的满期保险金与累积红利，将无息留存于本公司。

以下申请信息由客户填写

保险单号		险种名称	
投保人姓名		被保险人姓名	
生存受益人信息	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_____ 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。		
申领款项	<input type="checkbox"/> 累积红利 <input type="checkbox"/> 满期保险金		
满期保险金 转账授权信息	账户所有人姓名:		
	开户银行:	银行账号或卡号:	
累积红利 转账授权信息	<input type="checkbox"/> 如累积红利转账授权信息与满期保险金转账授权信息相同，本栏可不填		
	账户所有人姓名:	银行账号或卡号:	
	开户银行:	银行账号或卡号:	

声明：本人已阅知、理解你公司的提示并同意遵守，谨以此申请书向你公司申领上述款项，并授权你公司以上述银行账户进行相关款项的给付事宜。

投保人签名: _____	被保险人签名: _____
联系电话: _____	联系电话: _____
日期: _____年____月____日	日期: _____年____月____日

若申请人或其中之一不能亲自办理，委托他人代办时，请填写授权委托书

若委托他人代办请填写以下内容:

委托人_____ (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_____ 天。(委托日期同本申请书的申请日期)

代办人与委托人关系: 营销员 收费员 亲属 朋友

委托人签名: _____

代办人签名: _____

联系电话: _____

联系电话: _____

以下栏目由受理银行填写

经办: _____
日期: _____年____月____日

复核: _____
日期: _____年____月____日

以下栏目由保险公司填写

经办: _____
日期: _____年____月____日

复核: _____
日期: _____年____月____日



泰康人寿保险有限责任公司 满期保险金/红利领取申请书

公司提示：

- 1、满期保险金的申请人为生存受益人，累积红利的申请人为投保人。
- 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、请投保人与生存受益人及时在保险合同期满后向我公司提交领取申请。在保险合同期满后未领取的满期保险金与累积红利，将无息留存于本公司。

以下申请信息由客户填写

保险单号		险种名称	
投保人姓名		被保险人姓名	
生存受益人信息	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_____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。		
申领款项	<input type="checkbox"/> 累积红利 <input type="checkbox"/> 满期保险金		
满期保险金 转账授权信息	账户所有人姓名：		
	开户银行：	银行账号或卡号：	
累积红利 转账授权信息	<input type="checkbox"/> 如累积红利转账授权信息与满期保险金转账授权信息相同，本栏可不填		
	账户所有人姓名：	银行账号或卡号：	
声明：本人已阅知、理解你公司的提示并同意遵守，谨以此申请书向你公司申领上述款项，并授权你公司以上述银行账户进行相关款项的给付事宜。 投保人签名：_____ 被保险人签名：_____ 联系电话：_____ 联系电话：_____ 日期：_____年___月___日 日期：_____年___月___日			

若申请人或其中之一不能亲自办理，委托他人代办时，请填写授权委托书

若委托他人代办请填写以下内容：

委托人_____（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_____天。（委托日期同本申请书的申请日期）
 代办人与委托人关系： 营销员 收费员 亲属 朋友
 委托人签名：_____ 代办人签名：_____
 联系电话：_____ 联系电话：_____

以下栏目由受理银行填写

经 办：_____ 日 期：_____年___月___日	复 核：_____ 日 期：_____年___月___日
---------------------------------	---------------------------------

以下栏目由保险公司填写

经 办：_____ 日 期：_____年___月___日	复 核：_____ 日 期：_____年___月___日
---------------------------------	---------------------------------

客服电话：95522
泰康人寿官网：www.taikanglife.com


泰康人寿官方微信

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