

保险合同变更申请书（个人申请）

团体保单号：_____ 个人保单号：_____ 被保险人姓名：_____

申请人：投保人 被保险人 受益人 交费人 申请人姓名：_____ 联系方式：_____

申请须知：请您用钢笔或签字笔在变更项目前的□内打“√”，并工整填写相关内容，避免涂改，否则本申请视为无效。申请人应保证申请书中所填写的内容真实、准确，并由本人亲自签章确认。为维护您的权益，请勿在未填写的空白申请书上签名或盖章。

（一）信息变更类							
变更人员姓名 _____							
变更信息类型		变更后信息					
<input type="checkbox"/> 身份信息 （默认更新您的所有保单，变更身份信息可能会产生补退费）	姓名		性别		出生日期	_____年__月__日	国籍
	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 户口簿 其它_____					
	证件号码						
	证件有效期起期		证件有效期止期		<input type="checkbox"/> 长期		
<input type="checkbox"/> 通讯信息（仅本保单）	联系电话：_____			电子邮箱：_____			
	通讯地址：_____省/直辖市_____市_____区/县_____						
<input type="checkbox"/> 账户信息（仅本保单）	账户名：_____			银行名称：_____		银行账号：_____	
<input type="checkbox"/> 其他信息（仅本保单）	职业名称：_____			其他信息：_____			
（二）受益人变更							
受益人类型		受益人信息					
	受益人姓名	国籍	证件类型	证件号码	证件有效期起/止日期	与被保险人关系	受益比例
<input type="checkbox"/> 身故受益人							
<input type="checkbox"/> 生存类保险金受益人							
★ 如生存类保险金受益人变更为非投保人，生存金领取方式可能会同步变更。							
（三）保障变更类							
<input type="checkbox"/> 犹豫期内退保 <input type="checkbox"/> 犹豫期外退保	申请原因：			<input type="checkbox"/> 所有险种 <input type="checkbox"/> 部分险种（请填写险种名称）			
	<input type="checkbox"/> 资金周转 <input type="checkbox"/> 公司内部发生重大变动 <input type="checkbox"/> 转投其他险种 <input type="checkbox"/> 转投其他公司保险 <input type="checkbox"/> 服务不满意 <input type="checkbox"/> 其他_____			缺失声明： <input type="checkbox"/> 保险合同/个人凭证 <input type="checkbox"/> 保费发票 （上述单证自退保之日起作废，由此引发的问题与保险公司无关）			
	★ 申请人声明：本保单下所有相关被保险人均已知悉退保事项。提出本申请前所有理赔案件均已结案。						
当交费人为被保险人，且被保险人与投保人非同一人时，请勾选被保险人 税收居民身份 ： <input type="checkbox"/> ①仅为中国税收居民 <input type="checkbox"/> ②仅为非居民 <input type="checkbox"/> ③既是中国税收居民又是其他国家（地区）税收居民 <input type="checkbox"/> ④豁免个人，如选择②或③请同时填写《个人客户税收居民身份声明文件》。							
<input type="checkbox"/> 减少保额	险种名称：_____ 减额后基本保险金额：_____元；减额后保险费：_____元			★ 减少后的保额不得低于投保时的最低保额要求，同时须满足主附险保额关系的要求。			
<input type="checkbox"/> 减额交清	★ 保单减额交清后保险金额同时减少，无需继续交纳剩余期限的保险费，且生效后不可撤销。						
<input type="checkbox"/> 保单复效	★ 申请人声明：已如实填写健康告知书等资料，并认可自恢复效力之日起重新计算等待期。						
<input type="checkbox"/> 定期追加保费	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 变更 <input type="checkbox"/> 终止 交费_____年，每年_____元（追加保险费按保险合同约定收取初始费用）						
★ 退回非原交费账户填写	账户名：_____ 银行名称：_____ 银行账号：_____						

(四) 领取类				
□ 领取方式及频次变更	□ 红利领取方式	□ 转入万能账户 □ 现金领取 □ 累积生息		
	□ 生存类保险金领取方式	□ 转入万能账户 □ 现金领取 □ 累积生息		
	□ 生存类保险金领取频次	□ 年领 □ 月领		
□ 生存类保险金领取	<input type="checkbox"/> 开通自动支付 ★ 申请人声明：被保险人已知悉保险公司将定期进行领取资格认证，通过后方可自动转账支付。 税收居民身份： <input type="checkbox"/> ①仅为中国税收居民 <input type="checkbox"/> ②仅为非居民 <input type="checkbox"/> ③既是中国税收居民又是其他国家(地区)税收居民 <input type="checkbox"/> ④豁免个人，如选择②或③请填写《个人客户税收居民身份声明文件》。			
□ 一次性领取选择权	★ 一次性领取养老保险金的数额在保险合同上载明，领取后保险责任终止。		缺失声明： <input type="checkbox"/> 保险合同/个人凭证 (上述单证自保险责任终止之日起作废，由此引发的问题与保险公司无关)	
□ 账户部分领取	领取金额：_____元 (部分领取的保单账户价值按合同约定的一定比例收取费用)			
★ 请填写领取账户信息				
账户名：_____ 银行名称：_____ 银行账号：_____				
(五) 服务变动类				
□ 保障延续	交费账户名		银行预留手机号	交费人签字：
□ 交费来源变更	银行名称		银行账号	
□ 补充告知	<input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 ★ 须提供健康告知书等核保所需资料			
□ 保单补发	★ 原保险合同自补发之日起作废。			
□ 增补签名	★ 申请人声明：本人同意对所有涉及签名资格人签字的单证重新进行效力确认。			
□ 投保声明补录	本人已阅读保险条款、产品说明书和投保提示书，了解本产品的特点和保单利益的不确定性。 _____ _____			
□ 其他变更事项				
客户信息使用授权声明条款： 本人授权泰康养老保险股份有限公司(以下简称“泰康养老”)，基于提供更优质保险服务的目的，收集和使用本人的个人信息，范围包括本人提供给泰康养老的个人信息、享受泰康养老服务产生的信息(包含本单证签署之前提供和产生的信息)以及泰康养老为实现上述目的，根据承保、保全、理赔等服务需要向合法取得本人授权的第三方查询、获取与收集本人的个人信息。本人理解并认可泰康养老因服务必要可对上述信息开展必要的使用及与相关机构合作的机构进行共享，但双方均应严格履行保密义务。此外，为满足监管要求，本人授权泰康养老向国家金融监督管理总局直接管理的中国银行保险信息技术管理有限公司(简称“中银保信”)报送本人的本次保单变更信息，贵司及中银保信均应严格履行保密义务，并采取各种措施保证本人信息安全。本条款自本单证签署时生效，具有独立法律效力，不受保险合同效力状态变化的影响。针对上述个人信息，你公司应在与本人的保险合同到期10年后对相关资料进行删除或脱敏处理，如果法律法规另有要求，将按相关要求执行。				
转账授权须知： 交费人须以自己的真实名称/姓名开立银行账户，并自愿授权保险公司使用指定授权账户用于各类转账扣款。该授权账户中保险费转账优先于其他支付。如因账户金额不足、账户错误等原因导致转账不成功，由此产生的责任由交费人承担，且本公司不对该账户的失窃或冒领承担责任。				
办理方式： <input type="checkbox"/> 申请人本人亲办 <input type="checkbox"/> 保险公司服务人员代办(业务员代码_____) <input type="checkbox"/> 其他人代办 如委托代办请填写以下信息： 现全权委托_____ (证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证/其他 _____ 证件号码_____ 联系电话_____)， 办理以上指定申请事项。授权委托日期同本申请书的申请日期，自该日起_____ 日内有效。				
申请人签字：		被保险人或其监护人签字：		投保单位签章：
代办人签字：		受益人或其监护人签字：		经办人签字：
				申请日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日
工作人员填写		受理人姓名：		受理日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日