

泰康人寿保险有限责任公司 (电子商务专用)

保险单号			申请人		申请1	1期	年_	月
申请人声明:本人	申请以下勾选的变更	事项并认可所有	有申请事项,同 时	付知晓申请事项	须经贵公司批准	后生效, 其	其生效日	以批准文件
载变更生效日为准。本	人确认对贵公司提供的	的文件、各项声	5明完整准确,5	可成为贵公司签	发保险合同或保	险合同批准	È依据。	如上述资料
属实因此影响贵公司决定	定是否承保或变更保险	公合同,则签发	的保险合同或例	R险合同批注无	效。			
请您在申请变更项	目前的□或○内打"、	/",并在横线	民中填写所需变更	更的内容。				
□客户信息更正	客户角色	州夕	/4± 모i	○里 ○#	出生日期			———
	○投保人							
	○被保险人							
	○受益人	证件有效期						
□联系方式变更	常住地址							
	邮政编码电子邮件							
	移动电话							
□职业工种	- +	行业						
□保险期间	原保险期间							
	新保险期间							时
□受益人变更	受益人姓名					列	%	
	受益人基本信息							
	证件类型 〇身任							
	证件有效期至联系电话							
	住所地或工作单位地址 受益人姓名 与被保险人关系 受益比例%							
	受益人基本信息					/u		
	证件类型 〇身任							
	证件有效期							
	住所地或工作单位地址							
□解除合同	○撤单 ○i							
	申请解除合同原	因: ○使	馆拒签(仅限加	〔行保险〕	〇其他			
	申请解除合同原因: ○使馆拒签(仅限旅行保险) ○其他							
	〇投保时使用快钱信用卡支付,退款资金原路退回;							
	〇投保时使用其他方式支付,请提供退款账户信息(户名与投保人一致,请勿使用信用卡)							
	户名(与投保人一致) 账号(勿使用信用卡)							
	开户行 (精确到支行)							
□减少被保险人	减少被保险人姓名							
□其他保全项目								
为维护您的权益,请			•					
投保人签字	有	效身份证件	号码		联系电话			_
被保险人或其合剂	去监护人签字		有效	身份证件号码	冯			
公司填写栏:□申请								
保全经办人		复核人		日期				

客户服务电话: 95522

泰康人寿官网: www.taikanglife.com



客户信息使用授权声明条款

本人授权泰康人寿保险有限责任公司(以下简称"泰康人寿"),将本人提供给泰康人寿的个人信息、享受泰康人寿服务产生的信息(包含本单证签署之前提供和产生的信息)以及泰康人寿根据本条款约定查询、收集的个人信息,用于为本人提供保险合同变更相关服务。本人授权泰康人寿,向泰康人寿因服务必要开展合作的机构提供上述个人信息,及委托合作机构协助查询、通过系统处理上述个人信息等。此外,为满足监管要求,本人授权泰康人寿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")报送本人的上述个人信息。为确保信息的安全,泰康人寿对上述个人信息负有保密义务,并采取各种措施保证用户信息安全。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年后针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。

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

