

泰康人寿保险有限责任公司

保险合同变更申请书（银行代办专用）

保险单号_____ 申请人_____ 申请日期_____年____月____日

请填写说明：请您用黑色钢笔或签字笔在申请变更项目前的□内打√，并在横线上填写所需变更的内容。若发生涂改本申请无效。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上述保单进行相应的变更处理。所有保险责任以合同所载为准，除由本公司经正式程序修改批准内容外，其它任何人口头及书面陈述、报告或合约，本公司无需负责。

客户信息变更类				
1□客户信息变更 □姓名证件 □年龄性别 □职业工种 □联系方式 □_____	客户角色 □投保人 □被保险人 □受益人	姓名_____ 性别 ☐ 男 ☐ 女 出生日期_____年____月____日 证件类型 ☐ 身份证 ☐ 护照 ☐ 其他_____ 证件号码_____ 证件有效期_____至_____ 婚姻状况_____ 国籍_____ 职业工种_____（职业代码_____）工作单位_____ 常住地址_____ 邮政编码_____ 电子邮件_____ 移动电话_____ 固定电话（区号）_____—_____		
2□付款信息变更	☐ 现金 ☐ 转账 户名_____ 开户银行_____ 账号_____ 注：投保人须以自己真实姓名开立账户，并自愿授权本公司使用指定银行储蓄账户用于续期保险费转账扣款，投保人应保证保险费应付当月有足够款项以备划转，若由于账户金额不足、授权账户错误、账户注销或授权账户不符合要求而导致转账不成功，由此产生的责任由投保人承担。			
3□生存金领取方式变更	☐ 现金领取 ☐ 累积生息 ☐ 抵交保费 ☐ 进入万能__			
4□生存金给付 □满期金给付 □养老金/年金领取 □生存金领取方式 变更为自动转账	领取金额_____元 受益人信息：姓名_____ 性别_____ 国籍_____ 职业_____ 与投保人关系_____ 证件类型 ☐ 身份证 ☐ 护照 ☐ 其他_____ 证件号码_____ 证件有效期_____至_____ 联系电话_____ 住所地或工作单位地址_____ 注：若勾选生存金领取方式变更为自动转账，请同时填写以下信息。 生存金受益人姓名（户名）_____ 开户银行_____ 银行账号_____			
5□红利领取	领取金额_____元			
6□万能险部分领取	（大写）_____万_____仟_____佰_____拾_____元 （小写）¥_____元			
7□解除合同	☐ 撤单 ☐ 退保	申请解除合同原因： ☐ 险种不满意 ☐ 服务不满意 ☐ 经济状况不好 ☐ 资金周转 ☐ 其他_____		
8□复效	声明：1、被保险人已按要求填写健康告知书，并如实告知健康状况。2、本人认可自恢复效力之日起重新计算除外责任期间。3、本人认可一年期险种及已停售附加险不能同时恢复效力。			
9□保单还款	还款金额（大写）_____佰_____拾_____万_____仟_____佰_____拾_____元_____角_____分 （小写）¥_____元			
10□万能险额外投资	（大写）_____万_____仟_____佰_____拾_____元 （小写）¥_____元			
11□投连账户追加投资	投资账户名称	各账户分配金额	投资账户名称	各账户分配金额



12□投资账户转换	转出账户名称		转出单位数（份）		转入账户名称	
13□投连账户部分领取	投资账户名称		各账户分配金额		投资账户名称	
14□其他						

若您申请办理的保全项目涉及财务收支，请填写该保全项目的收支方式：

□续期缴费账户 □其他账户 户名_____ 开户银行_____ 银行账号_____

□柜面收支 **声明：本人同意将以上账户作为本次保全申请与泰康人寿保险有限责任公司的收支账户。**

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保单申请项下_____保全项目。本委托授权有效期为____天。（委托日期同本申请书的申请日期，建议委托有效期在十日之内）

委托人签字_____ 联系电话_____

代办人签字_____ 联系电话_____ 如为业务人员代办，请同时填写业务人员代码_____

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。

温馨提示：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！

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。

变更申请书反馈方式选择：□不需回复 □短信回复 □邮件回复 □邮寄批单 □其他_____

投保人签字_____ 被保险人或其监护人签字_____ 受益人或其监护人签字 _____

投保人变更后新投保人签字_____ 申请人留存联系电话_____

工作人员填写：

受理人签章_____受理日期_____年____月____日

客户服务电话：95522

泰康人寿官网：www.taikanglife.com



泰康人寿官方微信