

泰康人寿保险有限责任公司

保险合同变更申请书（专属商业养老账户其他类）

保险单号_____ 投保人_____ 申请日期_____年____月____日

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。填写的内容不允许涂改，若发生涂改本申请无效。填写前请详细阅读申请书背面的客户须知，并在申请书下方签字处签字确认。

1.1□养老年金 领取方式变更	养老金领取年龄：_____周岁 养老金领取频率：□月领 □年领 养老金领取期间：□终身领取 □10年领 □15年领 □20年领 □30年领							
1.2□养老年金 领取	养老金受益人姓名：_____ 养老金领取年龄：_____周岁 养老金领取频率：□月领 □年领 养老金领取期间：□终身领取 □10年领 □15年领 □20年领 □30年领 养老金领取金额：（大写）_____万_____仟_____佰_____拾_____元 （小写）¥_____元							
1.3□养老年金 受益人信息变更	养老金受益人姓名_____ 性别□男 □女 出生日期_____年____月____日 国籍_____ 证件类型□身份证 □护照 □其他_____ 证件号码_____ 职业工种_____（职业代码_____） 证件有效期_____至_____ 移动电话_____ 通信地址_____ 固定电话（区号）_____—_____ 实际收款人是养老金受益人的_____（关系单称）							
1.4□养老年金 受益人变更	被保险人姓名	受益人姓名	性别	证件类型	证件号码	与被保人关系	受益顺序	受益比例

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_____

□柜面收付 **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本保单申请项下_____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。

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

若您在下面签名栏中签字，本公司将视为您确认以上打印内容正确，并已详细阅读本申请书上各项说明且同意遵守。

投保人签字_____ 被保险人签字_____ 养老金受益人签字_____

工作人员填写：

受理人签章_____ 受理日期_____年____月____日

第一联
保险公司留存

