

泰康人寿保险有限责任公司

第二投保人变更申请书

保险单号_____ 申请人_____ 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。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。

第二投保人指定	
1.1□第二投保人 (投保人身故时， 被保险人均已满18周 岁)	姓名_____ 性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期_____年___月___日 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_____至_____ 第二投保人是第___被保险人的_____；第二投保人是第___被保险人的_____ 第二投保人是第___被保险人的_____；第二投保人是第___被保险人的_____ 第二投保人是第___被保险人的_____；第二投保人是第___被保险人的_____
1.2□第二投保人 (投保人身故时， 其中一个或多个被保 险人未满18周岁)	姓名_____ 性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期_____年___月___日 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_____至_____ 第二投保人是第___被保险人的_____；第二投保人是第___被保险人的_____ 第二投保人是第___被保险人的_____；第二投保人是第___被保险人的_____ 第二投保人是第___被保险人的_____；第二投保人是第___被保险人的_____
1.3□取消第二投保人	
本人(指投保人、投保人配偶、被保险人和第二投保人) 知悉并同意以下事项： 1. 指定第二投保人需经投保人、投保人的配偶、被保险人(或其监护人)、第二投保人共同签字同意后方可申请； 2. 所指定的第二投保人与被保险人之间在指定时和变更时均存在保险利益关系； 3. 投保人身故时，如被保险人已全部年满十八周岁，第二投保人为保单中的某一被保险人； 4. 投保人身故时，如被保险人未满十八周岁，只能指定该未成年被保险人的父母为第二投保人。 5. 如投保人在本合同有效期内身故，第二投保人可在保险合同满期或效力终止前，凭本申请书及其它投保人变更所需资料向我司申请变更其为本保险合同新投保人，我司有权对投保人变更申请重新审核，并根据审核结果决定是否允许第二投保人变更为保单投保人。 6. 投保人变更后的保险合同继续有效，合同项下的所有权利义务由原投保人转移至新投保人，新投保人享有并承担与原投保人相同的权利与义务，变更后的保险合同将对新投保人与泰康人寿保险有限责任公司具有约束力； 7. 第二投保人的指定可以参照自书遗嘱的民事法律行为。第一投保人应确保对第二投保人的指定行为合法有效且不侵害其他继承人的合法权益，否则会导致其他合法继承人主张分割保单利益。	
客户信息使用授权声明条款： 本人授权泰康保险集团股份有限公司(以下简称“泰康集团”)，将本人提供给泰康集团的信息、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)以及泰康集团根据本条款约定查询、收集的信息，用于为本人提供服务、推荐产品、开展市场调查与信息数据分析等。本人授权泰康集团，基于为本人提供更优质服务和产品的目的，向泰康集团因服务必要开展合作的伙伴提供上述信息，委托合作伙伴协助查询、收集上述信息。为确保信息的安全，泰康集团对上述信息负有保密义务，并采取各种措施保证信息安全。本条款自本单证签署时生效，具有独立法律效力，不受合同成立与否及效力状态变化的影响。本条所称“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，以及泰康保险集团股份有限公司直接或间接作为其单一最大股东的公司。 变更申请书反馈方式选择： <input type="checkbox"/> 不需回复 <input type="checkbox"/> 短信回复 <input type="checkbox"/> 邮件回复 <input type="checkbox"/> 邮寄批单 <input type="checkbox"/> 其他_____	
投保人签字_____ 投保人配偶签字_____ 被保险人或其监护人签字_____	
第二投保人签字_____ 投保人留存联系电话_____	
工作人员填写： 受理人签章_____ 受理日期_____年___月___日	

