

## 泰康人寿保险有限责任公司

### 受益人指定金融机构变更申请书（投保被保险人同一人）

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。

	被保险 人姓名	新受益人名称				受益类型	与被保险 人关系	受益 顺序	受益 比例
	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/> 身故受益人 <input type="checkbox"/> 生存受益人	其它	1
<input type="checkbox"/>	被保险 人姓名	新受益 人姓名	性别	证件 类型	证件号	受益类型	与被保险 人关系	受益 顺序	受益 比例
						<input type="checkbox"/> 身故受益人 <input type="checkbox"/> 生存受益人			
						<input type="checkbox"/> 身故受益人 <input type="checkbox"/> 生存受益人			
<b>新受益人详 细信息（必 填）</b>	住所（注册地址）： _____								
	营业执照号码： _____ 营业执照有效期限：至 _____（年/月/日）								
	组织机构代码： _____ 税务登记号码： _____								
		姓名	证件类别	证件号码			证件有效期限		
	法定代表人						至 _____（年/月/日）		
	负责人						至 _____（年/月/日）		
	授权办理业务人员						至 _____（年/月/日）		
	经营范围：以新受益人营业执照为准								
	控股股东或实际控制人（按实际控制人填写如下表格）								
		非自然人填写	营业执照号码： _____ 营业执照有效期限：至 _____（年/月/日）						
	自然人填写	姓名	证件类别	证件号码			证件有效期限		
							至 _____（年/月/日）		
<b>信托受益人 信息（必填）</b>	信托受益人的姓名/名称： _____ 联系方式： _____								
	信托受益人的姓名/名称： _____ 联系方式： _____								
	信托受益人的姓名/名称： _____ 联系方式： _____								
	信托受益人的姓名/名称： _____ 联系方式： _____								
<input type="checkbox"/>	<b>生存金领取 方式变更</b>								
	<input type="checkbox"/> 现金领取 <input type="checkbox"/> 自动转账（如选择自动转账，请填写下方转账信息） 户名 _____ 开户行 _____ 银行账号 _____								
<b>投、被保险人声明与授权</b>									

一、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。

二、基于为本人提供更优质的保险金信托服务的目的，本人授权泰康人寿保险有限责任公司，将本人提供给泰康人寿保险有限责任公司的信息和资料，包括但不限于投保人个人信息、保单信息，以及办理保险业务中产生的文件资料，包括但不限于电子版保单、保全变更申请书扫描件、批单，用于为本人提供的保险金信托服务流程，以及与信托公司的资料交互与对接。

三、本人已知晓将本次变更申请的保险合同原件及批单交由变更后的受益人进行保管。

投保人签字\_\_\_\_\_

投保人联系方式\_\_\_\_\_

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](http://www.taikanglife.com)



泰康人寿APP