

# 保险合同变更申请书

(电子商务专用)

保险单号\_\_\_\_\_ 申请人\_\_\_\_\_ 申请日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

申请人声明：本人申请以下勾选的变更事项并认可所有申请事项，同时知晓申请事项须经贵公司批准后生效，其生效日以批准文件所载变更生效日为准。本人确认对贵公司提供的文件、各项声明完整准确，可成为贵公司签发保险合同或保险合同批注依据。如上述资料不属实因此影响贵公司决定是否承保或变更保险合同，则签发的保险合同或保险合同批注无效。

请您在申请变更项目前的□或○内打“√”，并在横线中填写所需变更的内容。

<input type="checkbox"/> 客户信息更正	客户角色 <input type="radio"/> 投保人 <input type="radio"/> 被保险人 <input type="radio"/> 受益人	姓名_____ 性别 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 出生日期_____年____月____日 证件类型 <input type="radio"/> 身份证 <input type="radio"/> 护照 <input type="radio"/> 其他_____ 证件号码_____ 证件有效期至_____至_____
<input type="checkbox"/> 联系方式变更	常住地址_____ 邮政编码_____ 电子邮件_____ 移动电话_____ 固定电话(区号)_____-_____	
<input type="checkbox"/> 职业工种	行业_____ 职业_____ 工种_____	
<input type="checkbox"/> 保险期间	原保险期间 _____年____月____日____时至_____年____月____日____时 新保险期间 _____年____月____日____时至_____年____月____日____时	
<input type="checkbox"/> 受益人变更	受益人姓名_____ 与被保险人关系_____ 受益比例_____ % <b>受益人基本信息：</b> 性别_____ 国籍_____ 职业_____ 证件类型 <input type="radio"/> 身份证 <input type="radio"/> 护照 <input type="radio"/> 其他_____ 证件号码_____ 证件有效期至_____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_____ % <b>受益人基本信息：</b> 性别_____ 国籍_____ 职业_____ 证件类型 <input type="radio"/> 身份证 <input type="radio"/> 护照 <input type="radio"/> 其他_____ 证件号码_____ 证件有效期至_____至_____ 联系电话_____ 住所地或工作单位地址_____	
<input type="checkbox"/> 解除合同	<input type="radio"/> 撤单 <input type="radio"/> 退保 保单生效日：_____年____月____日 申请解除合同原因： <input type="radio"/> 使馆拒签(仅限旅行保险) <input type="radio"/> 其他_____ <hr/> <b>退款账户信息(请根据投保时的支付方式选择其中一种)</b> <input type="radio"/> 投保时使用快钱信用卡支付，退款资金原路退回； <input type="radio"/> 投保时使用其他方式支付，需提供退款账户信息(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)_____	
<input type="checkbox"/> 减少被保险人	减少被保险人姓名_____ 原因： <input type="radio"/> 使馆拒签 <input type="radio"/> 其他_____	
<input type="checkbox"/> 其他保全项目		
为维护您的权益，请勿在未经您填写的空白申请书上签字。		
<b>投保人签字</b> _____ <b>有效身份证件号码</b> _____ <b>联系电话</b> _____		
<b>被保险人或其合法监护人签字</b> _____ <b>有效身份证件号码</b> _____		
公司填写栏： <input type="checkbox"/> 申请资料及客户签字均已审核		
保全经办人_____ 复核人_____ 日期_____		

## 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！