

## 泰康人寿保险有限责任公司

### 保险合同变更申请书（团体万能保险类）

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。

|  |  |                                 |              |
|--|--|---------------------------------|--------------|
| <b>1.1</b> □账户分配   | <b>被保险人</b>  | <b>分配金额（元）</b>                  |              |
|  |  | (大写) _____万____仟____佰____拾____元 | (小写) ¥_____元 |
|  |  | (大写) _____万____仟____佰____拾____元 | (小写) ¥_____元 |
|  |  | (大写) _____万____仟____佰____拾____元 | (小写) ¥_____元 |
|  |  | (大写) _____万____仟____佰____拾____元 | (小写) ¥_____元 |
|  |  | (大写) _____万____仟____佰____拾____元 | (小写) ¥_____元 |
|  |  | (大写) _____万____仟____佰____拾____元 | (小写) ¥_____元 |
| <b>1.2</b> □追加保费   | (大写) _____万____仟____佰____拾____元  |                                 | (小写) ¥_____元 |
| <b>1.3</b> □账户价值部分领取   | <b>领取账户</b>  | <b>领取金额（元）</b>                  |              |
|  | 公共账户   | (大写) _____万____仟____佰____拾____元 | (小写) ¥_____元 |
|  | ____个人   | (大写) _____万____仟____佰____拾____元 | (小写) ¥_____元 |
|  | ____个人   | (大写) _____万____仟____佰____拾____元 | (小写) ¥_____元 |
|  | ____个人   | (大写) _____万____仟____佰____拾____元 | (小写) ¥_____元 |
|  | ____个人   | (大写) _____万____仟____佰____拾____元 | (小写) ¥_____元 |
|  | ____个人   | (大写) _____万____仟____佰____拾____元 | (小写) ¥_____元 |
|  | ____个人   | (大写) _____万____仟____佰____拾____元 | (小写) ¥_____元 |
| 注：部分领取给付金额根据申请部分领取金额中本金和收益的金额和所在保单年度，按照退保的现金价值公式进行计算。  |  |                                 |              |
| <b>1.4</b> □增加被保险人   | <b>新被保险人信息</b>   |                                 |              |
|  | 新被保险人姓名_____ 性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期_____年____月____日 国籍_____                       |                                 |              |
|  | 证件类型 <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其他_____ 证件号码_____                 |                                 |              |
|  | 职业工种_____（职业代码_____） 证件有效期_____至_____  |                                 |              |
|  | 移动电话_____ 固定电话（区号）_____—_____  |                                 |              |
|  | 通信地址_____  |                                 |              |
|  | 投保人是被保险人的_____（单称） 个人账户保费_____元  |                                 |              |
|  | 税收居民身份： <input type="checkbox"/> 仅为中国税收居民 <input type="checkbox"/> 仅为非居民 <input type="checkbox"/> 既是中国税收居民又是其他国家（地区）税收居民 |                                 |              |
|  | 新被保险人姓名_____ 性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期_____年____月____日 国籍_____                       |                                 |              |
|  | 证件类型 <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其他_____ 证件号码_____                 |                                 |              |
| 职业工种_____（职业代码_____） 证件有效期_____至_____  |  |                                 |              |
| 移动电话_____ 固定电话（区号）_____—_____  |  |                                 |              |
| 通信地址_____  |  |                                 |              |
| 投保人是被保险人的_____（单称） 个人账户保费_____元  |  |                                 |              |
| 税收居民身份： <input type="checkbox"/> 仅为中国税收居民 <input type="checkbox"/> 仅为非居民 <input type="checkbox"/> 既是中国税收居民又是其他国家（地区）税收居民 |  |                                 |              |
| 新被保险人姓名_____ 性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期_____年____月____日 国籍_____                       |  |                                 |              |
| 证件类型 <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其他_____ 证件号码_____                 |  |                                 |              |
| 职业工种_____（职业代码_____） 证件有效期_____至_____  |  |                                 |              |
| 移动电话_____ 固定电话（区号）_____—_____  |  |                                 |              |
| 通信地址_____  |  |                                 |              |
| 投保人是被保险人的_____（单称） 个人账户保费_____元  |  |                                 |              |

|  |   |                  |  |
|--|---|------------------|--|
|  | 税收居民身份： <input type="checkbox"/> 仅为中国税收居民 <input type="checkbox"/> 仅为非居民 <input type="checkbox"/> 既是中国税收居民又是其他国家（地区）税收居民<br>注：新增被保险人的个人账户的年度计算，均以该被保险人的个人账户的生效日期开始计算  |                  |  |
| 1.5 <input type="checkbox"/> 减少被保险人  | 被保险人  | 个人账户价值           | 退费方式   |
|  |   |                  | <input type="checkbox"/> 退费至公共账户<br><input type="checkbox"/> 退费至投保人个人银行卡 |
|  | 注：如退费至投保人本人银行卡，给付金额根据申请减少被保险人的个人账户所在保单年度，按照退保的现金价值公式进行计算。   |                  |  |
| 1.6 <input type="checkbox"/> 投保人变更   | 新投保人姓名_____ 性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期_____年_____月_____日 国籍_____   |                  |  |
|  | 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_____至_____  |                  |  |
|  | 职业工种_____（职业代码_____） 移动电话_____ 固定电话（区号）_____—_____  |                  |  |
|  | 通信地址_____   |                  |  |
|  | 新投保人是被保险人的_____的_____（单称） 新投保人是被保险人的_____的_____（单称）   |                  |  |
|  | 新投保人是被保险人的_____的_____（单称） 新投保人是被保险人的_____的_____（单称） 新投保人是被保险人的_____的_____（单称）   |                  |  |
|  | 交费方式： <input type="checkbox"/> 现金 <input type="checkbox"/> 转账 户名_____ 开户银行_____ 账号_____   |                  |  |
|  | 税收居民身份： <input type="checkbox"/> 仅为中国税收居民 <input type="checkbox"/> 仅为非居民 <input type="checkbox"/> 既是中国税收居民又是其他国家（地区）税收居民  |                  |  |
|  | 注：若新投保人与被保险人关系为非直系亲属时，请新投保人同时填写《健康告知书》。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。  |                  |  |
| 1.7 <input type="checkbox"/> 解除合同  | <input type="checkbox"/> 犹豫期内 <input type="checkbox"/> 犹豫期后<br>原因： <input type="checkbox"/> 险种不满意 <input type="checkbox"/> 服务不满意 <input type="checkbox"/> 经济状况不好 <input type="checkbox"/> 资金周转 <input type="checkbox"/> 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：<br><input type="checkbox"/> 续期缴费账户 <input type="checkbox"/> 其他账户 户名_____ 开户银行_____ 银行账号_____  |   |                  |  |
| <input type="checkbox"/> 柜面收付 <b>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。</b>   |   |                  |  |
| <b>若委托他人代办请填写以下内容：</b><br>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）<br>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_____   |   |                  |  |
| <b>客户信息使用授权声明条款：</b><br>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。<br><b>变更申请书反馈方式：</b> <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"/> 其它_____ |   |                  |  |
| <b>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。</b>   |   |                  |  |
| 投保人签字_____   |   | 被保险人或其监护人签字_____ |  |
| 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：<br>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