

个险保全业务申请书（投保人变更）

保险合同号：

一、申请须知

- 1、请用黑色钢笔或签字笔在变更项目前的□或○中打“√”，并用正楷填写需要变更的内容。请勿涂改填写内容；
- 2、请仔细阅读并理解申请书内各项声明及须知，并慎重核对填写内容；
- 3、保全变更申请人应为基于法律及保险合同约定的保全项目申请资格人；
- 4、如您申请的变更项目中，存在部分或全部申请项目不符合法律规定或者保险合同约定，该申请项目无效；
- 5、申请书上所有签名均应由相应人员本人亲笔签名，未成年人由其法定监护人签署法定监护人本人的名字；
- 6、为维护您的合法权益，请确保您已提供本次申请所需要的完整应备资料，三峡人寿保险股份有限公司（以下称“本公司”）将以收到完整资料之日作为您的实际申请日期；
- 7、本公司可能就您所申请的变更项目对您进行电话回访，为了确保您的权益得到保障，请如实回答回访问题。

二、申请信息

申请资格人	<input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 其他_____	申请人姓名	申请方式	本项目须亲办
申请人信息 确认	通讯地址：_____省/直辖市_____市（区/县）_____			
	联系电话：区号_____电话（手机）_____ 证件类型： <input type="radio"/> 居民身份证 <input type="radio"/> 其他_____			
	证件号码： <input type="text"/> 证件有效期至：____年__月__日/ <input type="radio"/> 长期			

三、变更项目及内容

提示：如保单含有投保人豁免责任，须同时填写《健康财务告知问卷》。

新投保人 基本信息	姓名：	与被保险人关系：	性别： <input type="checkbox"/> 男/ <input type="checkbox"/> 女	出生日期：____年__月__日
	证件类别： <input type="checkbox"/> 身份证/ <input type="checkbox"/> 其它_____	证件号码	<input type="text"/>	
	证件有效期至：____年__月__日/ <input type="checkbox"/> 长期	国籍： <input type="checkbox"/> 中国/ <input type="checkbox"/> 其它_____	户口所在地：	
	语言： <input type="checkbox"/> 中文/ <input type="checkbox"/> 其它_____	居民类型： <input type="checkbox"/> 城镇/ <input type="checkbox"/> 农村	是否拥有公费医疗或社会医疗保险： <input type="checkbox"/> 是/ <input type="checkbox"/> 否	
	婚姻状况： <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 丧偶	税收居民类型： <input type="checkbox"/> 本人仅为中国税收居民/ <input type="checkbox"/> 其它_____		
	税收居民说明：非中国税收居民，或不仅为中国税收居民，请一并填写提交《个人税收居民身份声明》。			

联系方式	通讯地址：_____省/直辖市_____市（区/县）_____路/街道
	通讯地址邮编（必填项）：_____ 手机：_____ 固定电话（区号+号码）：_____ - _____
	工作单位：_____ 电子邮箱：_____
	若家庭住址与通讯地址不一致，是否同时修改： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 其他：家庭住址邮编（必填项）：_____
	家庭住址：_____省/直辖市_____市（区/县）_____路/街道

健康财务 告知	新投保人信息：身高_____厘米，体重_____公斤；年收入_____万元，来源_____；
	收入来源：①工薪 ②个体 ③私营 ④房屋出租 ⑤证券投资 ⑥银行利息 ⑦其他
	从事行业_____ 职业名称_____ 是否有兼职： <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 无
	兼职行业_____ 职业名称_____ 是否持有摩托车驾驶证： <input type="checkbox"/> 是/ <input type="checkbox"/> 否

账户信息	以下为新投保人续期交费账户信息。提示：提供账户应为以新投保人作为账户所有人的银行结算账户。		
	账户所有人姓名：_____	开户银行：_____	银行网点所在省份：_____
	银行账号： <input type="text"/>		

请阅读新投保人声明并签字确认：

- 1、本人申请投保人变更前，已阅读并理解作该保险合同中保险产品的各项保险条款，已知保险责任、责任免除、合同解除等内容，并已知条款中约定的相关权利或义务；
- 2、银行账户须以账户所有人本人真实姓名开立，并自愿授权三峡人寿保险股份有限公司（以下简称“贵公司”）使用指定银行结算账户用于保险款项转账收付；
- 3、如因申请人提供的授权账户错误、账户注销、账户余额不足或者不符合贵公司对授权账户的要求而导致转账不成功，贵公司无需承担由此引起的责任；
- 4、本人已知晓本次申请办理是投保人变更及续期账号变更，接受贵公司的业务流程操作流程，若因本人提供资料不齐无法完成以上项目，本人愿意配合提供完整的变更资料。
- 5、若本合同中含有分红型、万能型、投资连结型保险等人身保险新型产品，请新投保人本人抄录风险提示语句。

本	人	已	阅	读	保	险	条	款	、	产	品	说	明	书	和	投	保	提	示	书	，	
了	解	本	产	品	的	特	点	和	保	单	利	益	的	不	确	定	性	。				

新投保人确认及签名：

以上内容 (填写“已阅读”)，签署姓名：_____ (本签名将作为签名样本留存)

四、申请人声明及签字

客户声明：

- 1、本人已阅读并同意此申请书内各项声明及须知，确认各项填写内容均属实，相关资料真实无误且由本人亲自提供；
- 2、本人承诺该申请书由本人亲笔签字确认，知晓该申请需经三峡人寿保险股份有限公司审核同意后方可生效，生效日期以批单所载日期为准；
- 3、本次申请提交的证件有效期、联系电话及电子邮箱若与贵司原留存信息不一致，本人同意授权贵司同步更新；
- 4、本人同意并授权：贵公司及其合作方因业务需要对客户个人信息进行收集、使用、传递、数据处理和统计，具体个人信息处理范围和处理方式以贵公司官网公示的《三峡人寿个人信息保护规则》为准；贵公司及其合作方通过第三方查阅并使用客户个人信息（包括但不限于财务健康信息、医疗信息、信用信息及相关司法信息等），同意有关医疗机构及其他机构向贵公司、再保险公司及贵公司合作方提供前述信息，并根据业务需要、行政行为、司法行为或法律、行政法规以及监管规定，对有关信息以适当的方式予以披露；基于个人保险实名制管理需要，贵公司可采集本人办理保险业务所需的客户信息（包括但不限于姓名、证件类型、证件号码、证件有效期起止时间等），传递给贵公司的合作方及信息认证机构进行有效性核验。为确保信息安全，贵公司及其合作方应采取有效措施并承担保密义务。

投保人/原投保人签名：	被保险人或其监护人签名：	新投保人签名：
签署日期：	签署日期：	签署日期：

五、保全受理机构填写

受理渠道： <input type="radio"/> 保险公司柜面 <input type="radio"/> 银行柜面 <input type="radio"/> 经代公司柜面 <input type="radio"/> 其他_____	受理网点：
受理人员签名：_____ 受理日期：_____年____月____日	备注：