三峡人寿保险股份有限公司
CHINA THREE GORGES LIFE INSURANCE CO.,LTD.

简易个单保全业务申请书（身故受益人变更）

一、填写说明

1、请用黑色或蓝黑色墨水笔在变更项目前的□或○内打“√”，并以正楷字填写变更内容。请勿涂改；

2、请详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、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；

4、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、申请人信息填写栏（证件有效期、联系电话及电子邮箱等信息若与本公司原留存信息不一致，本公司将同步更新）

保险合同号			投保人姓名		
证件类型	□身份证 □其他		证件号码		
证件有效期	□____年____月____日/□长期		联系电话		电子邮箱	

三、应备资料

1、填写完整的《简易个险保全业务申请书（身故受益人变更）》；

2、投保人、被保险人和受益人的有效身份证明文件。

四、变更项目及内容

提示：1、投保人申请办理受益人变更时，须经被保险人书面同意；2、请完整填写变更后的全部身故受益人资料，相同受益顺序的受益比例之和应为100%；3、“与被保人关系”请填写序号： ①父母 ②配偶 ③子女 ④其他（请在下方填写具体关系 ）；4、“受益人住址”请填写序号：①同投保人 ②同被保险人 ③其他（请在方框内填写具体内容 ）。

以下身故受益人所属被保险人姓名：_____ 证件号码：

姓名	性别	出生日期	国籍	证件类型	证件号码	证件有效期至	与被保人关系	受益顺序	受益比例	行业及职业名称	联系电话	住址
									%			
									%			
									%			

以下身故受益人所属被保险人姓名：_____ 证件号码：

姓名	性别	出生日期	国籍	证件类型	证件号码	证件有效期至	与被保人关系	受益顺序	受益比例	行业及职业名称	联系电话	住址
									%			
									%			
									%			

五、申请人声明及签字

申请人声明：

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，知晓该申请需经贵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。

请勿在空白申请书上直接签名；签名前请仔细核对所填写的内容，并确保申请书签名与留存于本公司的签名样本一致。

投保人签名： 年 月 日	**被保险人或其监护人签名：** 年 月 日