

泰康养老保险股份有限公司

投保人变更申请书

保单号: _____ 变更前投保人姓名: _____

申请须知: 请您用钢笔或签字笔工整填写相关内容, 避免涂改, 否则本申请视为无效。申请人应保证申请书中所填写的内容真实、准确, 并由本人亲自签章确认。为维护您的权益, 请勿在未填写的空白申请书上签名或盖章。

变更后新投保人信息									
基本信息	姓名		性别		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"/> 其它_____							
	证件号码								
	证件有效期起期		证件有效期止期		<input type="checkbox"/> 长期	年收入		万元	
	工作单位				职业名称				
	★ 税收居民身份: <input type="checkbox"/> ①仅为中国税收居民 <input type="checkbox"/> ②仅为非居民 <input type="checkbox"/> ③既是中国税收居民又是其他国家(地区)税收居民 <input type="checkbox"/> ④豁免个人, 如选择②或③请填写《个人客户税收居民身份声明文件》。								
通讯信息	联系电话: _____				电子邮箱: _____				
		通讯地址: _____省/直辖市_____市_____区/县_____							
账户信息	该账户须以新投保人姓名开立: 账户名: _____ 银行名称: _____ 银行账号: _____ ★ 本人同意泰康养老保险股份有限公司在本保单应交费期间内将续期保费从以上账户划至泰康养老保险股份有限公司银行账户。								
被保险人与新投保人的关系	被保险人姓名				是新投保人的				
					<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____				
					<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____				
仅年金险业务填写: 是否将生存类保险金受益人同步变更为新投保人 ★ 如生存类保险金受益人为非投保人, 生存金领取方式可能会同步变更					<input type="checkbox"/> 调整			<input type="checkbox"/> 不调整	
备注:									
声明: 投保人变更后, 由新投保人享有并承担保险合同项下投保人的一切权利和义务, 原投保人同意放弃保险合同项下的相关权益。									
原投保人签字: _____				被保险人或其监护人签字: _____					
新投保人签字: _____									
				申请日期: _____年__月__日					
工作人员填写				受理人姓名: _____		受理日期: _____年__月__日			

【投保人变更须知】

- 1、失效保单变更投保人后，如需复效，需由新投保人申请并补交保费。
- 2、保单存在贷款或保费自垫未清偿时，需先清偿相关欠款及利息，方能变更投保人。
- 3、含投保人豁免险的保单，需先退保豁免险再变更投保人。
- 4、如原投保人身故，变更投保人时需补充提供以下资料：
 - (1) 原投保人死亡证明文件
 - (2) 原投保人的所有法定继承人签署的《法定继承人联合声明》
 - (3) 原投保人的所有法定继承人有效身份证件及复印件

【客户信息使用授权声明条款】

本人授权泰康养老保险股份有限公司(以下简称“泰康养老”),基于提供更优质保险服务的目的,收集和使用本人的个人信息,范围包括本人提供给泰康养老的个人信息、享受泰康养老服务产生的信息(包含本单证签署之前提供和产生的信息)以及泰康养老为实现上述目的,根据承保、保全、理赔等服务需要向合法取得本人授权的第三方查询、获取与收集本人的个人信息。本人理解并认可泰康养老因服务必要可对上述信息开展必要的使用及与相关机构合作的机构进行共享,但双方均应严格履行保密义务。此外,为满足监管要求,本人授权泰康养老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”)报送本人的本次保单变更信息,贵司及中银保信均应严格履行保密义务,并采取各种措施保证本人信息安全。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。

【转账授权须知】

交费人须以自己的真实姓名开立银行账户,并自愿授权保险公司使用指定授权账户用于各类转账扣款。该授权账户中保险费转账优先于其他支付。如因账户金额不足、账户错误等原因导致转账不成功,由此产生的责任由交费人承担,且本公司不对该账户的失窃或冒领承担责任。