



关爱人生每一天



PA194

保单号码: _____ 客户号: _____ 投保人: _____

填写说明: (1) 请您在所要办理的保全项目前打勾, 并填写具体内容; (2) 项目名称前标有*号的, 在申请时需同时填写健康告知或财务告知。 (3) 填写前请仔细阅读并理解申请书背面的客户须知, 并在申请书下方签名处签字确认。

1 <input type="checkbox"/> 退保 2 <input type="checkbox"/> 减保	<input type="checkbox"/> 整单退保 <input type="checkbox"/> 附加险退保 <input type="checkbox"/> 可选责任退保 回访电话: _____ 险种名称: _____ 减保后的保额/份数: _____ 万元/份 险种名称: _____ 减保后的保额/份数: _____ 万元/份 退/减保原因: <input type="checkbox"/> 1急需用钱 <input type="checkbox"/> 2保障不符合需求 <input type="checkbox"/> 3分红不理想 <input type="checkbox"/> 4出国移民 <input type="checkbox"/> 5业务员告知不实 <input type="checkbox"/> 6服务不理想 <input type="checkbox"/> 7其他: _____ 与业务员关系: <input type="checkbox"/> 1亲戚 <input type="checkbox"/> 2朋友 <input type="checkbox"/> 3他人介绍 <input type="checkbox"/> 4陌生拜访 <input type="checkbox"/> 5自动投保 <input type="checkbox"/> 6家属 <input type="checkbox"/> 7其他		
3 加保 <input type="checkbox"/> *附加险 <input type="checkbox"/> 可选责任 4 新增 <input type="checkbox"/> *附加险 <input type="checkbox"/> 可选责任 <input type="checkbox"/> 领取责任 5 万能险基本保额 <input type="checkbox"/> *增加 <input type="checkbox"/> 减少 6 满期 <input type="checkbox"/> 不续保 <input type="checkbox"/> 降低保额续保	险种代码	险种名称	变更/续保后的保额/份数 (万元/份)
7 <input type="checkbox"/> 追加保费	追加 _____ 元		
8 <input type="checkbox"/> *保单复效	复效金额: _____ 元 确认人签字: _____ 提示: 短期附加险不能同时复效。		
9 <input type="checkbox"/> *增补告知	健康告知: <input type="checkbox"/> 01-个险 <input type="checkbox"/> 02-银代 <input type="checkbox"/> 03-电话直销 请同时填写健康告知PA171 <input type="checkbox"/> 04-财务及其他告知 <input type="checkbox"/> 05-职业类别告知 <input type="checkbox"/> 06-业务员告知 告知编码: _____ 告知内容: _____		
10 <input type="checkbox"/> 交费方式及期限变更	变更前: _____ 变更后: _____		
11 <input type="checkbox"/> 续保险种转换 12 <input type="checkbox"/> 减额交清/转换条款	转换前险种: _____ 转换后险种: _____ 开始领取年龄: _____ 保险期间: _____ 注: 减额交清/转换条款后保额不可恢复。		
13 <input type="checkbox"/> 保险起期变更	变更为: _____ 年 _____ 月 _____ 日		
14 <input type="checkbox"/> 变更目的地国家	出境事由: <input type="checkbox"/> 旅游 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 探亲 <input type="checkbox"/> 商务考察 <input type="checkbox"/> 其他 变更后的国家: _____		
15 <input type="checkbox"/> 保障计划类别约定变更	变更后保障计划类别: _____		
16 <input type="checkbox"/> *新增附加特约	17 <input type="checkbox"/> 附加特约终止	18 <input type="checkbox"/> 主险续保	19 <input type="checkbox"/> *万能险保单复缴
<input type="checkbox"/> 本次收/付费	<input type="checkbox"/> 委托银行转账 <input type="checkbox"/> 柜面收付 (仅限客户临柜申请) <input type="checkbox"/> 网上支付 <input type="checkbox"/> (客户) 账户支付 <input type="checkbox"/> 支票 户名: _____ 开户银行: _____ 账号: _____		
本次补退费金额: _____ 元 确认人签名: _____ 确认时间: _____			
已成功回访投保人并确认退费事宜及退费金额。回访人: _____ 回访电话: _____ 回访时间: _____			
如您委托他人办理时填写: 根据贵公司保全业务规则的规定, 现委托 _____ 先生/女士前往贵公司申请办理上述保单的变更事宜。受托人信息如下: 证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 证件号码: _____ 联系电话: _____ 委托有效期: _____ 年 _____ 月 _____ 日止 (建议委托有效期在十日之内) 业务员代码: _____ 委托人(申请人)签名: _____ 年 _____ 月 _____ 日			
本人已阅读并同意客户信息使用授权声明条款和客户须知 (详见本申请书背面) 投保人签名: _____ 证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 证件号码: _____ 被保险人或其监护人签名: _____ 证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 证件号码: _____ 其他被保险人或其监护人签名: _____ 证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 证件号码: _____ _____ 年 _____ 月 _____ 日			
本栏由我公司人员填写 办理方式: <input type="checkbox"/> 客户上门办理 <input type="checkbox"/> 业务员代办 <input type="checkbox"/> 其他人代办 受理人员: _____ 受理时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日 备注: _____			

客户信息使用授权声明条款

请您在申请本次业务前务必阅读并理解本声明条款，若您选择申请办理本次业务即表示您认可并接受本条款现有内容及其可能随时更新的内容。

除法律另有规定外，您授权新华人寿保险股份有限公司（以下简称“新华保险”）根据业务需要收集、使用您的信息，包括您提供给新华保险的信息、享受新华保险服务而产生的信息以及新华保险根据约定查询收集的信息。通过使用收集的信息，新华保险将为您提供更优质的产品和服务。同时如果因信息不真实而引起的问题，由您自行承担相应的后果。新华可能会与其合作伙伴共同为您提供服务，在上述信息为提供服务所必须的情况下，您授权新华保险可与其合作伙伴共同使用上述信息，新华保险会要求该等合作伙伴确保您的信息安全并禁止其将上述信息用于其他用途。除非获得您的授权、声明或您与新华保险另有约定的，新华保险不会将上述信息向除新华保险关联公司以外的第三方提供或对外公开。

本条款自您在本申请书签字之日起即产生独立的法律效力，不受保险合同成立与否和效力状态变化的影响。

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。

增补告知须知

请您确认以下事项：

- 1、您在申请书中所有陈述和告知均完整、真实，如有隐瞒或日后发现与事实不符，新华保险有权依法解除本保险合同，不承担赔偿与给付责任。
- 2、您授权新华保险在必要时随时向增补告知客户所就诊的医院及有关机构查询相关记录、诊断证明。
- 3、新华保险有权对您的所有相关保单进行重新审核，您应配合在接到通知后的30日内完成相关的体检、补充资料等调查工作和确认新的核保决定。

退/减保客户须知

- 1、退保或减保后，您就失去或减少了保险保障。
- 2、退保或减保后，如果您想再次投保，公司要按重新投保时实际年龄计算保费，年龄越大，保费可能越高。
- 3、退保或减保后，如果您想再次投保，公司要考虑您的身体状况，若身体状况不佳，将会提高保险费或被拒保。
- 4、退保或减保后，如果您想再次投保，根据条款的约定重新计算健康观察期。
- 5、若您在犹豫期过后解除保险合同，您会有一定的损失。我公司自收到解除合同申请之日起十日内，按照合同约定退还保单的现金价值（现金价值表附在正式保险合同之中）。
- 6、我公司按规定开展客户退保/减保回访工作，一般通过电话形式进行。为确保自己的权益得到切实保障，您应对回访问题进行如实答复。
- 7、账户所有人必须以本人真实姓名开立结算账户，并自愿授权本公司使用指定银行账户（以下简称授权账户）用于退保金转账支付。
- 8、如果因授权人提供的授权账户错误、账户注销或者授权账户不符合本公司对授权账户要求而导致转账不成功，本公司无须承担由此引起的责任。
- 9、本公司不对该授权账户失窃或冒领承担责任。