

保全作业申请书—客户信息变更类

保全受理号: _____



PA192

保单号: _____ 投保人: _____ 被保险人: _____ 第二被保险人: _____

申请书填写客户须知: (1) 请用黑色钢笔或签字笔于申请项目前□中打√, 填写具体内容, 并在申请书下方签名处签字确认, 未填写或未签字视为未提交申请。(2) 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。(3) 请保持申请书签名与您留存于投保书的签名样本一致。为维护您的权益, 请勿在空白的申请书上签名。(4) 根据国家法律法规要求, 客户身份证件及相关信息发生变化, 应及时向公司提交更新后的身份证件复印件或影像件, 以便于公司更新完善客户信息、认证客户身份、提供相应服务。如因客户未及时更新身份证件及相关信息导致客户利益受损, 我公司不承担相应责任。

1□客户信息变更	<input type="checkbox"/> 身份信息: 默认更新您在我司的所有保单, 不限于本保单。 <input type="checkbox"/> 联系信息: <input type="checkbox"/> 仅本保单 注: 如未勾选“仅本保单”默认更新您在我司所有可变更的保单。 <input type="checkbox"/> 工作及职业信息: 默认更新您在我司的所有保单, 不限于本保单。
2□投保人变更	投保人变更原因: <input type="checkbox"/> 身故 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 被保险人成年 <input type="checkbox"/> 其他: _____ 新投保人与被保险人关系: _____ 新投保人与第二被保险人关系: _____ 提示: 1.对于期交保单且交费期间未满的情况, 须同时填写续期交费信息变更处内容。2.如保单存在投保人保障责任的险种须同时填写新投保人健康告知。

提示: 申请1(客户信息变更)/2(投保人变更)项时填写, 以下各项内容请填写变更后的客户信息。

角色: 投保人 被保险人 第二被保险人 新投保人**身份信息:**姓名: _____ 性别: 男 女 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 国籍: 中国 其他: _____证件类型: 身份证 其他: _____ 证件号码:

证件有效期: _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日/□长期

 税收居民身份: ①仅为中国税收居民 ②仅为非居民 ③既是中国税收居民又是其他国家(地区)税收居民, 如选择②或③请填写《个人客户税收居民身份声明文件》。

 说明: 中国税收居民是指在中国境内有住所, 或者无住所而一个纳税年度内在中国居住累计满183天的个人。在中国境内有住所是指因户籍、家庭、经济利益关系而在中国境内习惯性居住。非居民是指中国税收居民以外的个人。其他国家(地区)税收居民身份认定规则及纳税人识别号相关信息参见国家税务总局网站(http://www.chinatax.gov.cn/aeoi_index.html)。
联系信息:

移动电话: _____ 固定电话: _____

电子邮箱: _____ 邮编: _____

地址: _____ 省/直辖市 _____ 市 _____ 区/县 _____ 街道

工作及职业信息:

职业名称: _____ 职业代码(公司填写): _____ 工作单位: _____

3□投保人与被保险人关系变更	保单号	投保人与被保险人关系	投保人与第二被保险人关系

 4□社保状态变更 被保险人姓名: _____ 被保险人是否参加公费医疗或基本医疗保险: 是 否
 本保单及在本公司作为被保险人的其他保单 保单号: _____

 5□受益人变更 身故受益人 生存受益人(客户申请生存受益人变更的, 可通过“□领取形式变更”留存续期领取形式)
 被保险人姓名: _____ 法定受益人 指定受益人(填写下述客户信息)

序号	姓名	性别	出生日期	证件类型	证件号码	证件有效期	国籍	职业
1								
2								

序号	联系电话	联系地址	与被保险人关系	受益顺序	受益比例%
1					
2					

 6□保单迁移 本保单及投保人在本公司的其他保单 保单号: _____
 迁入地: _____ 分公司 _____ 中心支公司 _____ 机构代码(公司填写): _____
提示: 请同时在“联系信息”栏填写投保人迁入地邮编及地址。

注: 本申请书仅双面打印有效, 不可单面打印。

存档资料共计: _____ 页

全国统一客服电话: 95567

网址: www.newchinalife.com

2210C

7□续期交费信息变更	□本保单及投保人在本公司的其他保单 保单号: _____		
	请选择: <input type="checkbox"/> 银行转账 <input type="checkbox"/> 自行交纳 户名: _____ 开户银行: _____ 账号: <input type="text"/>		
	<p align="center">续期交费信息变更客户须知</p> <p>1.账户所有人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)用于续期保险费转账扣款。</p> <p>2.该授权账户中所扣交的续期保险费优先于其他用途的支付。</p> <p>3.在续期保险费采用转账支付的方式下,账户所有人应在保险费应交日前将足额保险费存至该授权账户中,如在应交日前未将保险费存入账户,投保人应在保单宽限期(60天)内通过再次转账或其他方式交纳续期保费。因授权账户错误、账户注销、账户金额不足或者授权账户不符合本公司对于授权账户要求而导致转账不成功,由此产生的责任由投保人承担。</p>		
8□基本信息备注变更	□出国前报备 <input type="checkbox"/> 其他: _____		
	□增补签名:增补签名需亲自办理不能委托代办,请同时签署《增补签名权益确认书》。 请选择增补签名对象: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 第二被保险人 请选择增补签名原因: <input type="checkbox"/> 其他人代签 <input type="checkbox"/> 不确认是否本人签署 <input type="checkbox"/> 签名风格变化 <input type="checkbox"/> 其他: _____		
□本次收/付费	本次□收费/□付费总金额: ¥ _____ 元		
	□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"/> 其他: _____ 户名: _____ 开户银行: _____ 账号: <input type="text"/>		
	注:如变更后涉及补/退费,且存在不同投保人的保单,可使用任一投保人结算账户统一进行补、退费处理,且须涉及补、退费保单的投保人共同签字确认,后续投保人之间的补费金额收取及退费金额支付由客户自行解决。		
	如使用非权益人本人账户,请填写账户所有人信息: 支付至非权益人账户原因: <input type="checkbox"/> 权益人身故 <input type="checkbox"/> 授权转支付 <input type="checkbox"/> 监护人代领 <input type="checkbox"/> 法院执行 <input type="checkbox"/> 其他: _____		
	与权益人关系	联系电话	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
证件类型	□身份证 <input type="checkbox"/> 其他: _____ 证件号码 <input type="text"/>		
出生日期	年 月 日	证件有效期至 年 月 日/□长期	
转账授权客户须知			
1.账户所有人必须以本人真实姓名开立结算账户,您同意授权本公司委托银行通过代扣方式从您指定的银行账户按照保险合同及本次保全申请约定的方式、金额收取应交保险费或客户信息变更引起的其他补费,及以转账方式将保险金、退保金、退费 etc 给付转入指定账户。			
2.如因授权人提供的授权账户错误、账户注销、账户挂失、账户冻结或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,本公司无需承担由此引起的责任。			
3.本公司不对该授权账户的失窃、冒领以及其他任何非因本公司原因造成的危害账户安全的行为承担责任。			
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: <input type="text"/> 证件有效期: _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日/□长期 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			
本人已确认本申请书中所填写的内容均真实、准确、完整,且已仔细阅读并同意所有声明、须知及个人信息保护政策,并同意更新在新华保险留存的客户身份信息。			
声明:“本人已扫描二维码,仔细阅读并理解新华人寿保险股份有限公司个人信息保护政策。同意新华保险按照该个人信息保护政策的规定处理本人提供的或新华保险收集的本人以及相关个人信息主体的个人信息。”特别地,本人同意新华人寿保险股份有限公司按照本政策的规定实施以下个人信息处理活动(以勾选者为准):			
<input type="checkbox"/> 处理本政策和本申请书中以加粗方式标注的敏感个人信息			
<input type="checkbox"/> 将个人信息提供给本政策中列明的第三方			
<input type="checkbox"/> 为本政策中所述目的处理个人图像、身份识别信息			
投保人签名:	被保险人或其监护人签名:	第二被保险人或其监护人签名:	
年 月 日	年 月 日	年 月 日	
新投保人签字:	涉及补、退费保单的投保人签名:	受托人签名:	
年 月 日	年 月 日	年 月 日	
业务办理凭证(批单)领取方式: <input type="checkbox"/> 自行前往当地客服中心领取 <input type="checkbox"/> 公司官网自助查询下载			
以下内容由我公司人员填写			
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 <input type="checkbox"/> 其他:			
是否采集客户人像: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	人像比对情况: <input type="checkbox"/> 通过 <input type="checkbox"/> 不通过	是否需要回访: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
回访人签章:	回访电话:	回访时间: 年 月 日	
受理人签章:	双人审核签章:	受理时间: 年 月 日	

注:本申请书仅双面打印有效,不可单面打印。

全国统一客服电话: 95567

网址: www.newchinalife.com

2210C