保全作业申请书—指定第二投保人

保全受理号：_____

PA196

NCI 新华保险
关爱人生每一天

保单号：_____ 投保人：_____ 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。

业务申请说明：1.在保险合同有效期内，投保人可申请指定或撤销第二投保人。2.此项业务须由客户亲自办理，不得委托他人代办。3.申请指定第二投保人时，保险合同的投保人、被保险人（或其监护人）及被指定的第二投保人须进行书面确认。

1□第二投保人指定

投保人确认，如发生其在本保险合同有效期内身故的情形，按照下述规则为保险合同指定第二投保人：
如投保人身故时被保险人已年满十八周岁，则指定被保险人本人为保险合同的第二投保人；如投保人身故时被保险人未满十八周岁，则指定被保险人的□父母□其他近亲属：_____为保险合同的第二投保人。

第二投保人信息（仅针对第二投保人非被保险人时填写）：

姓名		性别	□男 □女	国籍	□中国 □其他：_____
证件类型	□身份证 □其他：_____			**证件号码**	
出生日期	年 月 日	证件有效期		年 月 日至 年 月 日/□长期	
职业名称				职业代码（公司填写）	
工作单位				**联系电话**	
联系地址	省/直辖市 市 区/县 街道				
与被保险人关系		关系声明	如无法提供第二投保人与被保险人关系证明材料，请填写：本人因_____无法提供与_____身份关系证明，特此声明！		

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），下同。

2□第二投保人信息变更

国籍	□中国 □其他：_____	证件有效期		年 月 日至 年 月 日/□长期	
职业名称				职业代码（公司填写）	
工作单位				**联系电话**	
联系地址	省/直辖市 市 区/县 街道				
与被保险人关系		关系声明	如变更第二投保人与被保险人关系，且无法提供关系证明材料，请填写：本人因_____无法提供与_____身份关系证明，特此声明！		

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》。

3□第二投保人撤销

具体情况说明：

客户须知：投保人、被保险人及第二投保人已知悉并同意以下事项

1.所指定的第二投保人与被保险人存在保险利益关系。
2.如果发生符合本次申请指定第二投保人所约定情形的，被指定的第二投保人应在知道或应当知道**投保人身故后两年内**，向我司申请变更其为本保险合同的投保人；第二投保人变更成为投保人后，承接保险合同项下投保人的全部权利义务，保险合同继续有效。
3.如第二投保人未按约定向我司提出投保人变更申请、或提出投保人变更申请但未通过审核、或主动放弃成为保险合同的投保人、或发生其他导致第二投保人不能或无法成为本保险合同的投保人的情形，我司按未申请指定第二投保人的方式进行后续处理。
4.如发生本次申请指定第二投保人所约定情形前，本保险合同办理变更投保人，则本次申请无效。新的投保人可重新申请指定第二投保人。

本人已确认本申请书中所填写的内容均真实、准确、完整，且已详细阅读并同意所有声明、业务情况说明、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，如因信息不真实、不准确、不完整或未及时更新而引起的问题，由本人自行承担相应后果。

声明："本人已扫描二维码，认真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）：

□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
□将个人信息提供给本政策中列明的第三方
□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： 年 月 日	**被保险人或其监护人签名：** 年 月 日
第二投保人签名： 年 月 日	**其他权益人签名：** 年 月 日

保全业务办理生效后，我司将通过短信的方式为您发送电子版批单（即业务办理凭证），若您需要纸质批单，请前往当地客服中心领取。

以下内容由我公司人员填写：

是否采集客户人像：□是 □否 人像比对情况：□通过 □不通过

受理人签章： 受理时间： 年 月 日

存档资料共计：_____ 页