

<input type="checkbox"/> 受益人变更 (20300)		请确认受益人性质： <input type="checkbox"/> 身故受益人 <input type="checkbox"/> 生存受益人								
姓名	性别	出生日期	证件类型	证件号码	证件有效期 (起期-止期)	国籍	联系方式 (手机号码)	是被保险 人的	受益 顺序	受益 比例
					-					%
	职业		联系地址	省/自治区	市	区/县	乡镇/街道			
姓名	性别	出生日期	证件类型	证件号码	证件有效期 (起期-止期)	国籍	联系方式 (手机号码)	是被保险 人的	受益 顺序	受益 比例
					-					%
	职业		联系地址	省/自治区	市	区/县	乡镇/街道			
姓名	性别	出生日期	证件类型	证件号码	证件有效期 (起期-止期)	国籍	联系方式 (手机号码)	是被保险 人的	受益 顺序	受益 比例
					-					%
	职业		联系地址	省/自治区	市	区/县	乡镇/街道			
<input type="checkbox"/> 补充告知* (10600)		告知对象： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 其他_____			告知事项起点时间：_____年 月 日					
		告知内容： <input type="checkbox"/> 投保时未如实告知 <input type="checkbox"/> 保全项目中未如实告知								
若以上申请项目涉及 收付费，请填写授权 账号信息		<input type="checkbox"/> 同续期交费账号 <input type="checkbox"/> 授权其他账号 (需填写账号信息)		户名： (授权人)		开户行：		分行：		
				银行账号						
银行转账授权声明										
<p>1、本人同意同方全球人寿委托授权银行或中国人民银行认可的第三方支付结算机构从授权账户内直接划付下述保险合同首年度保险费以及续年度保险费，并同意在上述保险费划付期间存入足额资金以备划付保险费。</p> <p>2、本人同意如在同一账户内同时授权自动转账交付两份或以上保险合同的保险费或其他自动转账业务时，应依同方全球人寿及授权银行或中国人民银行认可的第三方支付结算机构的规则决定自动转账之顺序。</p> <p>3、本人同意如果因授权账户信息错误、账户注销、账户金额不足或授权账户不符合同方全球人寿对授权账户要求而导致转账不成功，同方全球人寿无须承担由此引起的任何责任。</p> <p>4、本人同意从授权账户中支付保险费优先于其他任何用途。</p> <p>5、本人同意对授权银行或中国人民银行认可的第三方支付结算机构的划付保险费款项持有疑问时，应及时向同方全球人寿客户服务热线956095查询。</p>										
个人信息使用授权声明										
<p>1. 本人同意提供并授权贵公司，收集、使用、存储、披露、传输、提供投保人及被保险人的身份信息、生物识别、金融账户、行为信息、医疗健康信息、财务状况或其他必要信息及受益人的身份信息、生物识别、金融账户（包括本单证签署之前提供和产生的信息及因接受贵公司保险服务产生的信息，以下称为“个人信息”），用于贵公司、政府监管部门、行业协会、中国银行保险信息技术管理有限公司、再保险公司、贵公司的关联方或贵公司委托的合作伙伴等第三方履行保险合同、再保险，向本人提供保险服务，对个人信息进行核验，利用本人提供或从第三方收集的投保人及被保险人的健康、病史或其他信息，评估投保人及被保险人的身份、健康、行为、财务、信用、教育等风险，开展市场调查与信息数据分析，及法律法规、监管要求的信息披露与报送。</p> <p>2. 本人授权任何医生、医疗机构、保险公司以及其他知悉投保人、被保险人身体健康状况之机构组织或人士，均可以将投保人及被保险人身体健康状况、投保历史、职业信息之资料向贵公司（包括贵公司委托的第三方服务机构）如实提供。</p> <p>3. 本人知悉，上述授权涉及收集和处理个人敏感信息（包括十四周岁以下儿童信息），即一旦泄露会侵害个人人格尊严或者危害人身及财产安全；上述个人信息之提供和披露，可能包含境外之提供和披露；若缺少上述信息，则贵公司无法向本人提供任何服务。</p> <p>4. 监护人或受托人同意提供个人身份信息、职业信息、联系信息等，供贵公司用于监管要求的个人身份信息真实性核验、反洗钱身份识别等。</p> <p>以上授权期限为实现处理目的所需期间或法律法规要求的期限。</p>										
授权委托书	本人（申请资格人/其监护人）委托_____（受托人）自即日起至_____年_____月_____日期间内代办上述保险合同申请事宜，由此产生的后果由本人承担，与公司无关，并保证豁免公司因上述行为引起的任何责任。受托人身份信息如下：									
	证件类型	证件号码	证件有效期	至	/□长期	性别	出生日期			
	受托人是委托人的 <input type="checkbox"/> 保单服务人员（编号_____）		<input type="checkbox"/> 其他_____		联系电话_____					
联系地址		省/自治区	市	区/县	乡镇/街道					
以下签名视为您已确认本申请书中所有填写内容均真实、准确、完整，且已仔细阅读并同意所有授权与声明。为了保障您的权益，请勿在空白申请书上签字。										
投保人签名		被保险人/监护人签名			受益人/监护人签名			投保人变更后 新投保人签名		
受托人签名										
注：以上签名须客户本人亲笔签名，且与留存于公司签名样本一致										



扫一扫，随享保单自助服务，更快更便捷！

受理人员签章

受理日期