同方全球人寿 Aegon THTF Life Insurance

保险合同变更申请书
（客户信息变更类）

版本：202610

保险合同编号 | | | | | | | | | | | | | | **申请日期** | | | | **年** | | **月** | | **日**

填写说明：

请用黑色钢笔或黑色签字笔在申请项目前的☐内打√，并正楷填写申请内容。 带*申请项目，请同时提交《健康与告知声明书》。为维护您的权益，请勿在未经您填写的空白申请书上签名。签名前请再次核对您填写的内容。所有保险责任以合同所载为准，除由同方全球人寿保险有限公司（以下简称“公司”）经正式程序更改或批注之内容外，其他任何人的口头及书面陈述、报告或合约，公司无需负责。

申请人	☐投保人 ☐生存受益人 ☐其他 _____（若因生存受益人未成年等情况由其监护人申请的，请填写监护人身份信息）								
	姓名		**联系电话**		是申请资格人的 ☐本人 ☐父母 ☐配偶 ☐子女 ☐其他_____				
	证件类型		证件号码			证件有效期	至 / ☐长期		
	出生日期		性别	☐男 ☐女	国籍		职业代码		职业内容
	联系地址	省/自治区	市	区/县	乡镇/街道				

申请方式	☐ 亲办 ☐ 委托代办（请填写《授权委托书》栏位） ☐ 其他 _____
批单寄送方式	☐ 电子批单 您可关注我司官微或下载官方APP “全球e家”，进入<个人中心><业务查询>中查看批单

客户资料变更、通讯方式变更时勾选变更对象： **☐投保人** **☐被保险人** **☐其他**_____

客户资料变更	**☐客户资料（10000）**	姓名		国籍		婚姻状况		户口所在地	
		证件类型				证件号码			
		证件有效期	至 / ☐长期						
		税收居民身份	☐ 仅为中国税收居民 ☐ 仅为非中国税收居民 ☐ 既是中国税收居民，又是其他国家（地区）税收居民						
	☐年龄性别（10500）	性别	☐男 ☐女			出生日期	年 月 日		
	☐职业变更（10300）	职业内容				职业代码 (公司填写)			**仅限承保后变更**

☐通讯方式变更（10100）	常住地址：	国家	省/自治区/直辖市	地级市	县级市/区/县
	邮编		手机号码		
	住址固话	区号（ ）	电子邮箱	@	

☐续期交费方式变更（40100）	☐ 自动转账（需填写账号信息） **注：授权账号限投保人本人借记卡或存折**	户名：（授权人）	开户行： 分行：
		银行账号	

☐投保人变更*（20100） **声明：本人同意承接本合同项下所有未偿还欠款及利息。**	新投保人姓名		新投保人是被保险人 ☐本人 ☐父母 ☐配偶 ☐子女 ☐其他 _____
	客户号（公司填写）	_____	注：如曾在我司投保，请填写客户号；同时需在**客户资料变更**、**通讯方式变更**、**续期交费方式变更**处填写新投保人对应信息。若分红险且选择红利现金领取的，请新投保人另行提交申请书**授权红利领取账号**；若险种含有投保人连带保险责任时，请新投保人填写**《健康与告知声明书》**。
	变更原因	☐原投保人身故 ☐经济原因 ☐夫妻离异 ☐其他_____	

☐签名变更（10400）	变更对象：	☐投保人 ☐被保险人	变更类型：	☐签名风格变更 ☐补签名	补签名单证：	☐投保单 ☐其他 _____	原签名：

☐受益人变更（20300）	请确认受益人性质： ☐身故受益人 ☐生存受益人									
注：生存受益人是指生存保险金、年金、养老金、教育金、祝寿金、满期金等一切以被保险人生存为给付条件的保险金受益人，如生存年金受益人、养老年金受益人、祝寿金受益人、满期保险金受益人等。										
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
					-					%
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
					-					%
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
					-					%

☐补充告知*（10600）	告知对象：☐ 投保人 ☐ 被保险人 ☐ 其他_____ 告知事项起点时间：_年 月 日
	告知内容：☐ 投保时未如实告知 ☐ 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	☐同续期交费账号 ☐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

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够资金以备划付保险费。
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。
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。
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。
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。

个人信息使用授权声明

1. 本人同意提供并授权同方全球人寿保险有限公司（“贵公司”），以收集、使用、存储、披露、传输、提供等方式处理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，“个人信息”），用于贵公司或贵公司委托的合作伙伴等第三方履行保险合同、提供保险服务，用于贵公司向政府监管部门、行业协会、中国银行保险信息技术管理有限公司履行法律法规、监管要求的个人身份信息真实性核验、信息披露和报送等义务，对于在境外的接收方，贵公司确保严格遵守个人信息跨境传输相关法律法规的要求。
2. 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，用于贵公司向政府监管部门、行业协会、中国银行保险信息技术管理有限公司履行法律法规、监管要求的个人身份信息真实性核验、信息披露与报送等义务。
3. 本人知悉，上述授权涉及收集和处理敏感个人信息，即一旦泄露或者非法使用，容易导致自然人的人格尊严受到侵害或者人身、财产安全受到危害的个人信息。具体包括身份信息、生物识别、医疗健康、金融账户、不满十四周岁未成年人的个人信息。该些信息为贵公司履行保险合同、提供保险服务所必要，若缺少上述信息，则贵公司可能无法向本人提供对应服务。
4. 贵公司及贵公司的合作伙伴须遵守相关法律、法规和监管规定，对上述信息承担保密义务，并采取各种措施保证信息安全。本条款自本单证签署时生效，具有独立法律效力，不受合同成立与否及效力状态变化的影响。
5. 本人知悉可通过贵公司客服热线956095取消或变更授权，行使查阅、删除个人信息的权利等。
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。

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，与公司无涉，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 ☐保单服务人员（编号 ） ☐其他_____ 联系电话_____

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，且已详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** _____

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

受托人签名_____

受理人员签章_____ **受理日期**_____

同方全球人寿 官方 APP　　同方全球人寿 官方微信

扫一扫，随享保单自助服务，更快更便捷！