同方全球人寿 Aegon THTF Life Insurance

版本：202610

保险合同变更申请书
（重要信息变更及支付类）

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 您可关注公司官微或下载官方APP “全球e家”，进入<个人中心><业务查询>中查看批单。

申请项目	**申 请 内 容**
☐补发保险合同(90400)	☐纸质合同 ☐电子合同 **本人声明：原保险合同自补发之日起作废，日后因作废合同发生的任何纠纷，由本人负全部责任。**
	补发原因： ☐合同遗失 ☐合同污损 ☐其他_____
☐保险费过期未付选择(40400)	☐ 保险费自动垫交 ☐ 中止合同
☐续保选择权变更(40500)	☐ 同意自动续保 ☐ 不同意自动续保
☐红利领取方式(50400)	☐ 累积生息 ☐ 现金领取（选此项，需在下方填写授权账号信息） ☐ 抵交保费 ☐ 现金领取转万能账户
☐生存金领取方式（50600）	领取方式变更： ☐ 累积生息 ☐ 现金领取（选此项，需在下方填写授权账号信息）☐ 抵交保费 ☐ 现金领取转万能账户
	领取频次变更： ☐ 年领 ☐ 半年领 ☐ 季领 ☐ 月领
☐万能年金选择权变更（50700）	☐ 申请年金领取（选此项，需勾选年/月领） ☐ 年领 ☐ 月领 ☐ 取消年金领取
☐年金起始领取年龄变更（50800）	☐ 年金起始领取年龄 _____ 岁
☐累计红利领取(90600)	领取金额￥_____元 （需在下方填写授权账号信息）
☐生存金领取(90700)	领取金额￥_____元 （需在下方填写授权账号信息）
	生存受益人是被保险人 ☐本人 ☐其他_____
☐复效*(30202)	

☐加保*(20401) **☐新增附加险*(20601)** **☐减保(20402)**	险种代码（公司填写）	险种名称	变更后基本保险金额/份数	交费期限	保险期间
	如申请减保，请勾选减保原因 ☐经济原因 ☐险种不理想 ☐服务不满意 ☐理赔不满意 ☐其他_____				

☐交费周期变更(20800)	☐ 年交 ☐ 半年交 ☐ 季交 ☐ 月交			
☐取消特别约定*(21200)				
☐减额交清(40600)	申请变更减额交清后的基本保险金额不可低于公司当时规定的最低基本保险金额。若附加合同非主合同不可分解的附加合同，且未交清全部保险费，则减额交清后附加合同终止。减额交清生效后，不再分配红利，不可申请恢复。			
☐保障计划与社保费率(21000)	新保障计划		选择： ☐ 社保费率 ☐ 无社保费率	
☐保单冻结与解冻(20103)	☐保单冻结 原因：_____ 解冻日期： 年 月 日			☐保单解冻
☐其他				
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**_____

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！