同方全球人寿 Aegon THTF Life Insurance

保险合同变更申请书
（投资类）

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变更项目前的☐内打√，并正楷填写变更内容。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 ☐其他 _____							
	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><业务办理>查看批单。

☐投资账户资金分配比列变更（60100）

投资账户名称	投资账户编码（公司填写）	比例（合计应100%）
		%
		%

☐追加保费（60300） 追加金额：￥ 元 **若本合同有应交未交的期交保险费，则应先支付应交未交期交保险费。**

☐投资账户转换（60400）

转出			转入		
投资账户名称	投资账户编码（公司填写）	单位数	投资账户名称	投资账户编码（公司填写）	单位数

☐部分领取（90800）

万能险部分领取须知
1. 每次部分领取的金额最低为人民币500元，且为100元的整数倍。
2. 部分领取费用的扣除比例，请参见条款约定。若涉及，则从本次申请的领取金额中扣除。
3. 部分领取后的个人账户价值不应低于人民币500元。

投连险部分领取须知
1. 部分领取个人账户价值为审核通过日的下一个工作日投资单位卖出价卖出相应的投资单位。
2. 每次领取最低额度为人民币500元。
3. 申请领取后，个人账户价值净值不得低于500元（按审核通过日卖出价计）。

领取金额：￥ 元

投资账户名称	投资账户编码（公司填写）	单位数

☐保险费补交（90100） 补交金额：￥ 元 **应按时间先后依次补交应交未交的期交保险费以及欠交的附加合同保障费用。补交的各期期交保险费依次扣除相应初始费用后计入个人账户。**

☐投资账户自动转换权（90200） ☐ 选择自动转换（**自动转换周期为每半个保单年度一次**） ☐ 撤销自动转换

请授权投保人本人账号信息

☐同续期交费账号 ☐授权其他账号（需填账号信息） 户名：（授权人） 开户行： 分行：

银行账号

声明：本人授权公司使用上述银行账户用于本次业务的款项转账收付。本人同意因授权账户信息错误、账户注销、账户金额不足或账户不符合公司对授权账户要求而导致转账不成功，公司无须承担由此引起的任何责任。

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** _____ **受托人签名** _____

须本人亲笔签名，且与留存于公司签名样本一致

受理人员签章 _____ **受理日期** _____

移动客户端全球e家 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！