

# 保全业务申请书

(职场团险专用)



(请用正楷字和黑色或蓝黑色墨水笔填写申请书,所需变更的事项请在申请书对应的勾选项中以“√”表示并完整准确填写变更事项所需的各项信息)

保险凭证编号		投保单位名称	
交费人姓名/名称		被保险人姓名	
本人因_____ (请写明原因), 申请对以下_____ 项(请填写所申请保全业务的编码)进行处理, 合计_____ 项。			

A类-变更类			
A1. <input type="checkbox"/> 变更联系资料	变更对象	被保险人: _____	微信号
	联系地址	省/直辖市	市 区/县 邮政编码
	手机号码		电子邮箱 @
A2. <input type="checkbox"/> 更正客户信息	变更对象	<input type="checkbox"/> 被保险人: _____ <input type="checkbox"/> 交费人: _____ <input type="checkbox"/> 身故保险金受益人: _____	
	姓名	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期 年 月 日
	国籍	<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他 _____	证件类型 <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他 _____
	证件号码		证件有效期 年 月 日至 年 月 日 / <input type="checkbox"/> 长期
A3. <input type="checkbox"/> 变更银行账号	账户类型	<input type="checkbox"/> 借记卡 <input type="checkbox"/> 信用卡	账户所有人姓名
	授权银行账号		开户银行 银行 支行
	<b>银行自动转账授权声明:</b> 本人在此保证上述银行自动转账账户为本人合法独立所有。本人授权银行按照保险凭证约定的交费日期、交费方式、交费期间、保险金额, 从本人上述银行自动转账账户向招商信诺指定账户直接扣划首期、续期保险费及因差错给付的款项(如有), 本人对银行上述扣款行为无异议。同时本人授权招商信诺将应付本人的相关款项转入此账户, 该款项一经转入此账户则视为本人已领取。		
A4. <input type="checkbox"/> 变更身故保险金受益人 <small>(同一受益顺序下, 受益比例之和须为100%, 非仅为中国税收居民需提供《个人所得税居民身份证明文件》)</small>	姓名		
	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	出生日期	年 月 日	年 月 日 年 月 日
	国籍		
	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他: _____	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他: _____ <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他: _____
	证件号码		
	证件有效期	开始: 年 月 日 截止: 年 月 日 / <input type="checkbox"/> 长期	开始: 年 月 日 截止: 年 月 日 / <input type="checkbox"/> 长期 开始: 年 月 日 截止: 年 月 日 / <input type="checkbox"/> 长期
	是被保险人的(关系)	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他: _____	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他: _____ <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他: _____
受益顺序			
受益份额	%	% %	
A5. <input type="checkbox"/> 补发保险凭证	<input type="checkbox"/> 电子凭证 <input type="checkbox"/> 纸质凭证		
A6. <input type="checkbox"/> 恢复效力	<input type="checkbox"/> 本人已阅读并确认知晓: 如本产品有等待期, 则此次复效成功之日起重新计算等待期, 等待期内你公司不承担因非意外原因导致的保险责任, 具体以合同条款约定为准。 <b>提示:</b> 请同时提供被保险人的《健康告知书》, 如有相关病例及检查报告, 需一并提供。		
A7. <input type="checkbox"/> 变更交费方式	<input type="checkbox"/> 年交 <input type="checkbox"/> 月交 <input type="checkbox"/> 季交 <input type="checkbox"/> 半年交		
A8. <input type="checkbox"/> 补充健康告知	被保险人 _____ <b>提示:</b> 需提供被保险人的《健康告知书》。		
A9. <input type="checkbox"/> 减额交清	<b>提示:</b> 此项仅适用于期交有现金价值的特定产品; 若同时申请补发保险凭证, 需在减额交清生效后补发保险凭证; 减额交清处理后不能恢复成原基本保险金额。		
A10. <input type="checkbox"/> 变更生存类保险金领取方式	<input type="checkbox"/> 年领 <input type="checkbox"/> 月领		

## B类-退费类

	序号	取消的险种名称	序号	取消的险种名称
B1. <input type="checkbox"/> 取消部分险种	1		2	
	3		4	
B2. <input type="checkbox"/> 领取生存类保险金	本次申请将领取已经产生的全部生存类保险金及利息(如有)。			
B3. <input type="checkbox"/> 退出保险合同	本人申请退出保险合同的主要原因是(请勾选): <input type="checkbox"/> 经济原因 <input type="checkbox"/> 家人反对 <input type="checkbox"/> 对服务不满 <input type="checkbox"/> 已有同类产品 <input type="checkbox"/> 其它_____			
	<b>温馨提示:</b> 请在申请退出保险合同的同时退还个人保险凭证,如未退还,则视为该保险凭证已遗失或已销毁。 如果您申请退出保险合同,我们将向您退还本保险凭证在终止之日的现金价值(现金价值:指保险凭证所具有的价值,通常体现为退出合同时根据精算原理计算的由我们退还的那部分金额)。			
B4. <input type="checkbox"/> 其它	请详述_____			

## 个人信息授权

- 本人已知晓并授权招商信诺人寿保险有限公司(以下简称“招商信诺”)为订立、履行保险合同,提供产品和服务,以及为履行法定义务,将处理投保人、被保险人及受益人的个人信息(以下统称“个人信息”)。就本人所提供的其他主体个人信息,本人确认已取得相关主体的授权。
- 本人同意并授权,为订立和履行保险合同,提供核保、保全、理赔、客户服务等目的,招商信诺可向征信机构、医疗机构,以及其他单位、组织等第三方合作机构查询、收集本人的个人信息。
- 本人同意并授权,招商信诺可将本人提供的以及根据上述约定查询、收集的个人信息提供给关联公司,以及其他为提供服务所必须的第三方合作机构(如健康管理公司、医疗机构、再保险公司等)。
- 本人同意并授权,为履行法定义务,招商信诺可将个人信息提供给司法机关、中国人民银行、国家金融监督管理总局及其派出机构等监管机构或其指定的第三方、保险行业协会、同业公会等相关机构组织。
- 本人同意并授权,在保险合同期间、或订立前、终止后,招商信诺、关联公司及因服务必须委托的合作伙伴可向本人提供、推荐保险产品、理赔服务、及其他客户服务,如市场调查与信息数据分析等。
- 本人知晓并同意,个人信息包括姓名、性别、国籍、职业、联系地址、联系方式、身份证件信息、以及生物识别、医疗健康、金融账户等敏感个人信息,该等信息是招商信诺为订立、履行合同及提供服务所必需;同意招商信诺对个人信息的处理方式包括收集、存储、使用、加工、传输、提供、删除等;同意适用招商信诺隐私政策。
- 本人知晓,在符合法律规定的情形下,本人对个人信息拥有合法的查阅、更正、删除、撤回同意权。本人行使上述权利不会与为订立、履行保险合同及获得客户服务相违背,也不会与招商信诺履行法定义务相冲突。

### 特别提示:

1.招商信诺非常重视个人信息保护,并尽最大努力合理保护个人信息,包括采取权限管理、加密管理、限制访问、与相关机构或人员签署保密协议等方式。如您不同意本授权条款或其中部分条款,可致电招商信诺客服热线[95362]修改授权。请您妥善保管您的账户、密码及其他个人信息。您账户下的操作行为将视为您本人的操作行为。一旦您泄露该信息,如可能会对您有不利影响,您可立即与我们联系。2.招商信诺重视未成年人的信息保护。如被保险人为不满14周岁的未成年人,请监护人仔细阅读本授权书条款,并予以授权。3.您的生物识别、医疗健康、金融账户等信息属于敏感个人信息,请您特别同意。4.招商信诺可适时修订隐私政策,并于官网(www.cignacmb.com)、APP公布更新,请您及时查阅。

## 声明与授权

- 本人经仔细审阅后确认本申请各项填写内容均属实,与之有关的资料均完整、真实无误,并由本人亲自提供。
- 本人已知晓本申请书必须由本人亲笔签名确认,同时知晓所申请的变更事项须经招商信诺同意批准后方可生效,其生效日以招商信诺批注文件所载的批准变更生效日为准。
- 银行自动转账授权声明:本人在此保证上述银行自动转账账户为本人合法独立所有。本人授权银行按照保险凭证约定的交费日期、交费方式、交费期间、保险费金额,从本人上述银行自动转账账户向招商信诺指定账户直接扣划首期、续期保险费及因差错给付的款项(如有),本人对银行上述扣款行为无异议。同时本人授权招商信诺将应付本人的相关款项转入此账户,该款项一经转入此账户则视为本人已领取。
- 交费人仅为中国税收居民(注:非中国税收居民,或不仅为中国税收居民,请一并填写提交《个人所得税居民身份声明》)  
 被保险人仅为中国税收居民(注:非中国税收居民,或不仅为中国税收居民,请一并填写提交《个人所得税居民身份声明》)

**温馨提示:** 1.招商信诺从未销售过非保险金融产品,更未委托或者授权任何人士销售非保险金融产品,敬请知悉。

2.保险从业人员销售非保险金融产品属于违规行为,如遇推荐、宣传非法金融产品,并唆使您办理保单退保或贷款等,请提高警惕,避免卷入非法集资陷阱,按照我国法律规定,参与非法集资,风险损失自担。

被保险人签名: \_\_\_\_\_ 交费人签名: \_\_\_\_\_ 签署日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

**注意:** 1.为维护您的权益,请勿在空白申请书上签名。签名前,请慎重核对填写的资料;

2.签名需与原留存于招商信诺的签名样本一致。投保人及被保险人务必本人亲自签名,未成年人/限制民事行为能力人/无民事行为能力人,由其监护人签名;

3.办理时请同时提交相关申请资格人的有效证件复印件(请注明“仅供招商信诺人寿保险有限公司使用”并签名);

4.若您的证件有效期过期或身份证件号码正常升位,招商信诺将同步更新名下所有保单;

5.为维护您的合法权益,请确保您已完整提交本次申请所需要的全部资料。招商信诺将以收到前述完整资料之日作为您的实际申请日期。

## 以下为收件/初审人员填写

受理渠道:  银行柜面  公司柜面  上门亲办  其他: \_\_\_\_\_

本次随附资料:  身份证件复印件  银行卡复印件  个人所得税居民身份声明  其它: \_\_\_\_\_

亲见客户声明:本人已亲见申请资格人及签名人员,并已核对身份证明原件,人证相符,确认身份,复印件与原件一致。

银行网点名称及代码: \_\_\_\_\_ 银行办理/见证人员签名及代码: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

招商信诺服务人员签名及手机号码: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 分公司初审受理人员签名及手机号码: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日