

保单号码	投保人
服务人员姓名/代码	服务人员联系电话

申请须知

- 1、□内打√即为所申请项目,同时根据申请内容提供相应文件;此申请在本公司完成申请内容操作后不可撤回。
- 2、为了维护您的利益,请勿在空白申请书上签名(签章),请慎重核对所填写的资料,确认准确无误后再签名(签章)。
- 3、您所申请的变更项目,经本公司审核同意后生效,变更内容及生效日期以批单载明的为准。
- 4、涉及缴费的,本公司将优先使用保单余额进行抵缴(统括保单除外),若保单余额未能抵缴全额保费的将通知您缴纳差额,若未在本公司规定时间内缴纳的,本公司有权做撤件处理。

变更事项	变更内容(变更后)																																																																																																																																																												
<p><input type="checkbox"/>1. 变更投保人</p> <p><input type="checkbox"/>2. 投保人信息变更</p> <p>申请原因: _____</p> <p>-----</p> <p>签章留样:</p> <p>填写说明:</p> <p>(1)变更投保人或投保人的证件号码、名称或姓名需详细说明原因;</p> <p>(2)家庭单变更投保人需同时变更续期缴费账户;</p> <p>(3)变更投保人或投保人名称有变更需签章留样。</p>	<table border="1"> <tr> <td rowspan="5">单位信息</td> <td>投保单位全称</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>经营范围</td> <td>单位性质</td> <td>行业类别</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>法人代表</td> <td colspan="2">单位证件类型</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>单位证件号码</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>证件有效期</td> <td colspan="4">_____年____月____日至□_____年____月____日/□长期</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">企业信息</td> <td>单位通讯地址</td> <td colspan="4">_____省/直辖市_____市_____区/县 _____ (邮政编码: _____)</td> </tr> <tr> <td>姓名</td> <td>国籍</td> <td>性别</td> <td>出生日期</td> <td></td> </tr> <tr> <td>所属部门</td> <td>职务</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>证件类型</td> <td>证件号码</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>证件有效期</td> <td colspan="4">_____年____月____日至□_____年____月____日/□长期</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">家庭单</td> <td>电子邮箱</td> <td>手机</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>投保人姓名</td> <td>国籍</td> <td>性别</td> <td>出生日期</td> <td></td> </tr> <tr> <td>证件类型</td> <td>证件号码</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>证件有效期</td> <td colspan="4">_____年____月____日至□_____年____月____日/□长期</td> </tr> <tr> <td>联系地址</td> <td colspan="4">_____省/直辖市_____市_____区/县 _____ (邮政编码: _____)</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <p>联系电话 _____ 电子邮箱 _____</p> <p>被保险人与新投保人的关系: 请填写本保单有效被保险人姓名及关系选项(①本人②配偶③子女④父母),其他关系请填写具体关系</p> <p>被保险人1: _____ 关系: __; 被保险人2: _____ 关系: __; 被保险人3: _____ 关系: __;</p> <p>被保险人4: _____ 关系: __; 被保险人5: _____ 关系: __; 被保险人6: _____ 关系: __;</p> </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>3. 被保险人信息变更</td> <td colspan="5"> <input type="checkbox"/>职业变更 <input type="checkbox"/>月薪变更 <input type="checkbox"/>个人信息变更 具体变更内容: _____ (若变更证件号码,请详细说明变更原因: _____) 申请人数合计: _____ 人(明细详见名册) </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>4. 受益人变更 (含受益人信息变更)</td> <td colspan="5">申请人数合计: _____ 人(明细详见名册-B款)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>5. 补发保险单证</td> <td colspan="5"><input type="checkbox"/>补发保单 <input type="checkbox"/>补发保险凭证: _____</td> </tr> <tr> <td>6. 如涉及退费,请勾选: <input type="checkbox"/>①退至投保人 <input type="checkbox"/>②退入保单余额账户 (若未勾选则默认②)</td> <td colspan="5"> 户名: _____ 开户银行: _____ 银行 _____ 支行 银行账号: _____ </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>7. 续期缴费账户变更</td> <td colspan="5"> 变更被保险人账户时填写: _____ 授权账户非本保单缴费账户,请告知原因: _____ 姓名: _____ 证件号码: _____ </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>8. 理赔金给付账户变更</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">委托授权事项</td> </tr> <tr> <td colspan="6">现委托 _____ (身份证件号码: _____) 为本单位/本人 办理上述指定申请事项,由此产生的一切法律后果均由本单位/本人承担。</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">□ 申请人确认: 本单位/本人已仔细阅读、理解并同意申请表背面的《投保人/被保险人声明》。</td> </tr> <tr> <td>投保人签章:</td> <td colspan="2">被保险人/监护人签名:</td> <td colspan="3">受托人签名:</td> </tr> <tr> <td>经办人:</td> <td colspan="2">联系电话:</td> <td colspan="3">联系电话:</td> </tr> <tr> <td>联系电话:</td> <td colspan="2">申请日期:</td> <td colspan="3">申请日期:</td> </tr> </table>	单位信息	投保单位全称					经营范围	单位性质	行业类别			法人代表	单位证件类型				单位证件号码					证件有效期	_____年____月____日至□_____年____月____日/□长期				企业信息	单位通讯地址	_____省/直辖市_____市_____区/县 _____ (邮政编码: _____)				姓名	国籍	性别	出生日期		所属部门	职务				证件类型	证件号码				证件有效期	_____年____月____日至□_____年____月____日/□长期				家庭单	电子邮箱	手机				投保人姓名	国籍	性别	出生日期		证件类型	证件号码				证件有效期	_____年____月____日至□_____年____月____日/□长期				联系地址	_____省/直辖市_____市_____区/县 _____ (邮政编码: _____)				<p>联系电话 _____ 电子邮箱 _____</p> <p>被保险人与新投保人的关系: 请填写本保单有效被保险人姓名及关系选项(①本人②配偶③子女④父母),其他关系请填写具体关系</p> <p>被保险人1: _____ 关系: __; 被保险人2: _____ 关系: __; 被保险人3: _____ 关系: __;</p> <p>被保险人4: _____ 关系: __; 被保险人5: _____ 关系: __; 被保险人6: _____ 关系: __;</p>						<input type="checkbox"/> 3. 被保险人信息变更	<input type="checkbox"/> 职业变更 <input type="checkbox"/> 月薪变更 <input type="checkbox"/> 个人信息变更 具体变更内容: _____ (若变更证件号码,请详细说明变更原因: _____) 申请人数合计: _____ 人(明细详见名册)					<input type="checkbox"/> 4. 受益人变更 (含受益人信息变更)	申请人数合计: _____ 人(明细详见名册-B款)					<input type="checkbox"/> 5. 补发保险单证	<input type="checkbox"/> 补发保单 <input type="checkbox"/> 补发保险凭证: _____					6. 如涉及退费,请勾选: <input type="checkbox"/> ①退至投保人 <input type="checkbox"/> ②退入保单余额账户 (若未勾选则默认②)	户名: _____ 开户银行: _____ 银行 _____ 支行 银行账号: _____					<input type="checkbox"/> 7. 续期缴费账户变更	变更被保险人账户时填写: _____ 授权账户非本保单缴费账户,请告知原因: _____ 姓名: _____ 证件号码: _____					<input type="checkbox"/> 8. 理赔金给付账户变更						委托授权事项						现委托 _____ (身份证件号码: _____) 为本单位/本人 办理上述指定申请事项,由此产生的一切法律后果均由本单位/本人承担。						□ 申请人确认: 本单位/本人已仔细阅读、理解并同意申请表背面的《投保人/被保险人声明》。						投保人签章:	被保险人/监护人签名:		受托人签名:			经办人:	联系电话:		联系电话:			联系电话:	申请日期:		申请日期:		
	单位信息		投保单位全称																																																																																																																																																										
			经营范围	单位性质	行业类别																																																																																																																																																								
			法人代表	单位证件类型																																																																																																																																																									
			单位证件号码																																																																																																																																																										
		证件有效期	_____年____月____日至□_____年____月____日/□长期																																																																																																																																																										
	企业信息	单位通讯地址	_____省/直辖市_____市_____区/县 _____ (邮政编码: _____)																																																																																																																																																										
		姓名	国籍	性别	出生日期																																																																																																																																																								
		所属部门	职务																																																																																																																																																										
		证件类型	证件号码																																																																																																																																																										
		证件有效期	_____年____月____日至□_____年____月____日/□长期																																																																																																																																																										
	家庭单	电子邮箱	手机																																																																																																																																																										
		投保人姓名	国籍	性别	出生日期																																																																																																																																																								
		证件类型	证件号码																																																																																																																																																										
		证件有效期	_____年____月____日至□_____年____月____日/□长期																																																																																																																																																										
联系地址		_____省/直辖市_____市_____区/县 _____ (邮政编码: _____)																																																																																																																																																											
<p>联系电话 _____ 电子邮箱 _____</p> <p>被保险人与新投保人的关系: 请填写本保单有效被保险人姓名及关系选项(①本人②配偶③子女④父母),其他关系请填写具体关系</p> <p>被保险人1: _____ 关系: __; 被保险人2: _____ 关系: __; 被保险人3: _____ 关系: __;</p> <p>被保险人4: _____ 关系: __; 被保险人5: _____ 关系: __; 被保险人6: _____ 关系: __;</p>																																																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 3. 被保险人信息变更	<input type="checkbox"/> 职业变更 <input type="checkbox"/> 月薪变更 <input type="checkbox"/> 个人信息变更 具体变更内容: _____ (若变更证件号码,请详细说明变更原因: _____) 申请人数合计: _____ 人(明细详见名册)																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> 4. 受益人变更 (含受益人信息变更)	申请人数合计: _____ 人(明细详见名册-B款)																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> 5. 补发保险单证	<input type="checkbox"/> 补发保单 <input type="checkbox"/> 补发保险凭证: _____																																																																																																																																																												
6. 如涉及退费,请勾选: <input type="checkbox"/> ①退至投保人 <input type="checkbox"/> ②退入保单余额账户 (若未勾选则默认②)	户名: _____ 开户银行: _____ 银行 _____ 支行 银行账号: _____																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> 7. 续期缴费账户变更	变更被保险人账户时填写: _____ 授权账户非本保单缴费账户,请告知原因: _____ 姓名: _____ 证件号码: _____																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> 8. 理赔金给付账户变更																																																																																																																																																													
委托授权事项																																																																																																																																																													
现委托 _____ (身份证件号码: _____) 为本单位/本人 办理上述指定申请事项,由此产生的一切法律后果均由本单位/本人承担。																																																																																																																																																													
□ 申请人确认: 本单位/本人已仔细阅读、理解并同意申请表背面的《投保人/被保险人声明》。																																																																																																																																																													
投保人签章:	被保险人/监护人签名:		受托人签名:																																																																																																																																																										
经办人:	联系电话:		联系电话:																																																																																																																																																										
联系电话:	申请日期:		申请日期:																																																																																																																																																										

投保人/被保险人声明

一、告知事项及权益确认

1. 本单位/本人（指投保人及被保险人）已阅知、理解并同意遵守贵公司申请须知。
2. 上述涉及保险权益变化的申请事项，本单位/本人（指投保人）已告知所有相关被保险人，并且征得被保险人的同意；如涉及法律纠纷，由投保人承担相关责任。
3. 本单位/本人（指投保人及被保险人）确认本申请表填写的、随附文件记载的内容均准确并属实且符合本单位/本人、被保险人及其他相关主体的真实意愿。如有隐瞒或不实，相关责任由本单位/本人承担。
6. 本单位（指投保人）已通过查阅贵公司官网（www.citic-prudential.com.cn）的内容，知悉贵公司《职业分类表》，理解其含义并依据其为被保险人所属的职业进行分类，若所填报的职业类别与实际情况不符，影响贵公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，贵公司有权解除保险合同且不承担保险责任。
7. 本单位/本人（指投保人及被保险人）知晓所有保险合同事项均以保险合同所载为准，除由贵公司经正式程序修改或批注的内容外，其它任何的口头及书面陈述、报告或合约均无效，贵公司无需负责。

二、个人信息使用授权确认

1. 本单位/本人（指投保人及被保险人）确认，已经通过查阅贵公司官网，阅读、理解并同意《中信保诚隐私政策》的全部内容。
2. 本单位/本人（指投保人及被保险人）确认，相关涉及个人信息收集和处理事宜，已告知被保险人、受益人、联系人、法定代表人（负责人）等相关信息主体并已获得上述信息主体的明确授权同意，如涉及法律纠纷，由本单位/本人承担相关责任。
3. 基于本单位/本人（指投保人及被保险人）的同意、履行保险合同的必要以及《中信保诚隐私政策》中“我们如何收集和使用您的个人信息”所述的目的、法律依据和方式，在法律法规许可的范围内：
 - 1) 同意贵公司及贵公司的合作机构处理本人、被保险人、受益人、联系人、法定代表人（负责人）的个人信息（其中可能含有贵公司隐私政策中“附录 1：定义”项下所述的敏感个人信息）。《中华人民共和国个人信息保护法》规定，敏感个人信息包括生物识别、宗教信仰、特定身份、医疗健康、金融账户、行踪轨迹、不满十四周岁未成年人的个人信息。
 - 2) 同意贵公司将本人、被保险人、受益人、联系人、法定代表人（负责人）的个人信息披露或提供给贵公司隐私政策中“我们如何委托处理、对外提供、转让、公开披露您的个人信息”项下所述的第三方。贵公司的合作机构可对上述个人信息进行有效性核验、存储、登记、合理的使用与传递。
 - 3) 同意贵公司将本人、被保险人、受益人、联系人、法定代表人（负责人）的个人信息根据贵公司隐私政策中“您的个人信息如何在全球范围转移”项下所述的中国境外处理，并提供给隐私政策中“我们如何委托处理、对外提供、转让、公开披露您的个人信息”项下所述中国境外的接受方。
4. 本单位/本人（指投保人及被保险人）同意贵公司在实现处理目的所需的期限内保存及使用投保人、被保险人、受益人、联系人、法定代表人（负责人）的个人信息。除法律法规另有规定或本单位/本人另有授权外，保险期间在一年以下的保险产品或/和服务，从保险合同终止之日起计算保存 5 年；保险期间超过一年的保险产品或/和服务，从保险合同终止之日起计算保存 10 年。