


 受理号

--	--	--	--	--	--

- 填写说明:** 请用黑色或深蓝色字迹钢笔或签字笔填写。投保人及被保险人务必亲自签名, 限制民事行为能力人及无民事行为能力人须由其法定或指定监护人代签。
- 温馨提醒:** 为了保障您的利益, 如您的保单通讯地址、联系电话已发生变化, 请同时填写《基本信息类变更申请书》办理变更。

保单号码:		投保人:		服务人员 代码:		服务人员 姓名:		服务人员 联系电话:	
-------	--	------	--	-------------	--	-------------	--	---------------	--

请在下列适当的方格内打“√”, 并在该栏详细填写变更内容。如需详述, 请于其它栏填写。

一、指定第二投保人	<input type="checkbox"/> 1、如投保人在本保险合同有效期间身故, 则本人按下述情形就本保险合同申请指定第二投保人: (1) 如投保人身故时被保险人已年满十八周岁, 则指定被保险人为本保险合同的第二投保人; (2) 如投保人身故时被保险人未年满十八周岁, 则指定被保险人的 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> _____, 姓名: _____, 身份证件类型: _____, 身份证件号码: _____ 为本保险合同的第二投保人(第二投保人须为被保险人的近亲属, 且如本保险合同含身故责任的, 不得指定父母之外的第三人)。
	<input type="checkbox"/> 2、如投保人在本保险合同有效期间生存, 在本主险合同缴费期限届满且被保险人年满十八周岁后, 本人按下述情形就本保险合同申请指定第二投保人: 被保险人年满 _____ 周岁, 指定被保险人为本保险合同的第二投保人。

二、其它(请详述)

投保人和被保险人声明与授权事项

本人知悉并同意以下事项:

- 所指定的第二投保人与被保险人之间存在保险利益关系。
- 如果发生符合本申请书指定第二投保人约定情形, 第二投保人可在保险合同满期或合同效力终止前, 凭本申请书向中信保诚人寿保险有限公司申请变更其为本保险合同的新投保人。
- 如果所申请变更的保单属于关联万能险的保单, 或属于关联缴费的保单, 则相互关联的所有其它保单须一并办理指定第二投保人, 且所指定内容一致。
- 在发生符合本申请书指定第二投保人约定情形前, 如本保险合同办理变更投保人, 本次指定第二投保人申请将视为自动取消。新投保人可重新办理指定第二投保人申请。
- 第二投保人按约定变更为投保人后, 保险合同继续有效, 合同项下的全部权利义务由原投保人转移至新投保人, 新投保人享有并承担与原投保人相同的权利及义务, 变更后的保险合同将对新投保人及中信保诚人寿保险有限公司具有约束力。
- 本人(指投保人和被保险人)确认, 本人已经通过查阅贵公司官网(网址: www.citic-prudential.com.cn)的内容, 阅读、理解并同意《中信保诚隐私政策》的全部内容。本人提交贵公司的个人信息为本人自愿提供的真实信息, 本人提供的被保险人及第二投保人的个人信息均已获得个人信息主体的明确授权同意。投保人、被保险人及第二投保人信息均准确无误。
- 本人(指投保人和被保险人)充分理解并同意, 基于本人的同意、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, 贵公司及其合作机构有权从本人处或合法持有本人个人信息的第三方机构收集、记录、核实、处理本人个人信息(这些信息可能含有《中信保诚隐私政策》“附录1: 定义”所述内容), 包括但不限于手机号码、身份证件号码、财产信息、个人健康生理信息、保单信息、理赔信息、位置信息、保单服务、医疗记录、病历及各类检查资料和涉嫌欺诈、洗钱、恐怖主义等信息, 并对本人的个人信息进行妥善记录和保存。
- 本人(指投保人和被保险人)充分理解并同意, 贵公司有权将本人个人信息向相关授权合作伙伴共享, 贵公司的相关授权合作机构可对本人的个人信息进行有效性核验、存储、登记、合理的使用与传递。本人已经通过《中信保诚隐私政策》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”及“您的个人信息如何在全球范围转移”的内容, 充分理解此类个人信息共享的范围、共享目的和接收方身份。未经本人授权, 贵公司不会将个人信息用于人身保险公司和其他合作机构的销售活动。为确保信息安全, 贵公司及其合作机构应采取有效措施并承担保密义务。
- 本人(指投保人和被保险人)同意贵公司在实现处理目的所需的期限内保存及使用本人的个人信息。保存期限自保险合同终止之日起计算, 保险期间在一年以下的为五年; 保险期间超过一年的为十年, 法律法规另有规定或本人另有授权的除外。

委托代办授权	本人委托 _____ (先生/女士), 身份证件号码 _____, 代为办理上述申请事项, 并承担由此产生的所有法律责任。如因此发生任何纠纷, 本人自愿承担相应后果。
--------	---

投保人签名: _____

被保险人/监护人签名: _____

代办人签名: _____

申请日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

营销服务部/代理机构网点名称: _____

所属组织代码/网点代码: _____

销售人员签名/代码/联系电话: _____ / _____ / _____