中信保诚 人寿保险

保险合同变更申请书

（汇金资本/汇通资本保险单借款专用）

PQ10440 1

受理号 | | | | | | | | |

1. **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。
2. **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：	服务人员联络电话：

申请项目：保险单借款	本人以上述保险单的主险保险合同项下的现金价值作为质押向中信保诚人寿保险有限公司（以下简称“贵公司”）申请借款人民币（大写）：____佰____拾____万____仟____佰____拾____元____角____分（小写）：￥_____元；借款原因：□装修 □教育 □医疗 □日常消费 本人同意遵守以下借款协定（**请详细阅读**）： 一、**最高可借金额**为本主险保险合同现金价值的80%扣除各项欠款后的余额，**最低借款金额**为500元。（本主险保险合同现金价值=保单账户价值-退保费用） 二、**借款起息日**为贵公司批准借款生效日的次日，借款期间按日计息。 三、**借款利率**按照结算利率上浮2.5%计算，以贵公司每月第一个营业日在贵公司网站（www.citic-prudential.com.cn）上公布的借款利率为准。 四、**借款期限**不超过6个月，最迟还款日为贵公司批准借款生效日在6个月后的对应日，如当月无生效日的对应日，则以该月最后一天为准。 五、**借款逾期未还：** 1. 如果借款逾期未还，则未收取的利息将在到达保单周年日时并入原借款金额中计算利息。 2. 如果尚未清偿的保险单借款及利息达到本主险保险合同的现金价值，则本保险合同（包括附加险）效力全部终止。 六、**欠款的偿还：** 1. 在未全额偿还借款本息前，所偿还的借款金额应优先偿还借款利息，然后偿还借款本金。 2. 贵公司在给付各项保险金、办理解除或终止保险合同时，如本人有保险单借款未还清，则本人在领取款项之前须先行归还所有的欠款和利息，或由贵公司在给付款项中扣除。 七、在本保险单存在借款期间，本人如需申请部分提取，则应将相关提取款项先行偿还保险单借款本息。 八、本人不得违反国家法律法规和政策规定将所借款项用于房地产和股票投机，不得用于购买非法金融产品或参与非法集资，不得用于未上市股权投资。 九、本申请由贵公司作出最终是否批准的决定，并经贵公司批准后生效，生效日以《中信保诚人寿保险有限公司受理项目批注单》上记载为准。
其它说明事项	

转账事项：请投保人填写《中信保诚人寿银行自动转账授权书》。若本次申请获得本公司批准，本公司将把相关借款金额支付至《中信保诚人寿银行自动转账授权书》所授权的账户。

投保人有效身份证件信息	证件类型：□身份证 □军人证 □护照 □回乡证 □其他 证件有效期：_____至_____ 证件号码：
被保险人有效身份证件信息	证件类型：□身份证 □军人证 □护照 □回乡证 □其他 证件有效期：_____至_____ 证件号码：
委托代办	本人委托_____（先生/女士），身份证件号码_____，代为办理上述保险合同变更事项，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。

客户个人信息使用授权声明

1. 本人确认，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。
2. 本人同意，基于履行保险合同的必要以及其他合法理由，贵公司可采集本人办理保险业务所需的信息要素（包括但不限于姓名、证件类型、证件号码、证件有效期起止期限等），传递给贵公司的必要合作机构及信息认证专门机构进行有效性核验并向贵公司反馈；贵公司可采集涉及本人的保险业务信息（包括但不限于姓名、证件类型、证件号码、证件地址、办理的保单借款等保险业务种类、基本内容、涉及金额等），并由“中登网”或贵公司的必要合作机构进行存储、登记，上述各单位均可对上述信息进行合理的使用与传递。
3. 本人同意，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，贵公司及贵公司的合作机构应采取有效措施并承担保密义务。
4. 本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。

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