招商信诺 Cigna & CMB 保险·健康·财富

0 3 0 0 0 8 6

招商信诺人寿保险有限公司

职场团险保全变更申请书

2018年9月V2.0版

收件盖章

投保单位名称：_____

保险凭证编号：□□□□□□□□□□□□ *必填项　　投保人姓名：_____ 被保险人姓名：_____

（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）

	A类-变更类
A1. □ 变更联系资料	变更对象：□ 被保险人：_____ 通讯地址：_____省/自治区/直辖市_____市_____区/县_____ 邮政编码：□□□□□□ 家庭电话：□□□□—□□□□□□□□ 办公电话：□□□□—□□□□□□□□—□□□□ 移动电话：□□□□□□□□□□□ 传真电话：□□□□—□□□□□□□□ 电子邮箱：_____@_____
A2. □ 更正客户信息	变更对象：□ 被保险人：_____ □ 交费人：_____ □ 身故保险金受益人：_____ 姓名：_____ 性别：□ 男 □ 女 出生日期：_____年____月____日 国籍/地区：□ 中国内地：□ 其它_____ 证件类别：□ 身份证 □ 其它_____ 证件号码：□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ 证件有效期至：_____年____月____日/□ 长期 其他需要更正的内容：_____
A3. □ 变更缴费信息	账户类型：□ 借记卡（仅限支持借记卡扣款） 账户所有人姓名：_____ 开户银行：_____银行 _____支行 授权银行帐号：□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ **账户所有人声明：**本人确认上述银行账户为本人合法独立所有，并授权招商信诺人寿保险有限公司从上述银行账户中直接扣划保险费，本人对招商信诺人寿保险有限公司上述扣款行为无异议。同时本人授权招商信诺人寿保险有限公司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. □ 变更身故保险金受益人

受益顺序	姓名	性别	出生日期	国籍	是被保险人的（关系）	受益份额	证件类别	证件号码
						%		
						%		
						%		

受益人声明： □ 本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《个人税收居民身份声明》）

提示： 1. 请完整填写变更后所有身故保险金受益人的姓名、受益份额，同一受益顺序下，所有身故保险金受益人受益份额之和须为100%；是被保险人的（关系）选项请按“父母/子女/配偶”等类似关系填写。
2. 如以上指定身故保险金受益人为“父母/子女/配偶”以外的须同时提供受益人有效身份证件复印件，并补充完整以下信息。

申请原因（请说明）：_____；

受益人姓名：_____；证件有效期：至_____（年/月/日）；行业：_____；职务内容：_____；联系电话：_____；

住所：_____；邮编：_____；

A5. □ 补发保险凭证	□ 电子凭证 □ 纸质凭证
A6. □ 恢复效力	**提示：**请同时提供被保险人的《健康告知书》，如有相关病历及检查报告，需一并提供。
A7. □ 变更缴费方式	□ 年交 □ 月交
A8. □ 补充健康告知	□ 被保险人：_____ **提示：**需提供被保险人的《健康告知书》。
A9. □ 减额交清	**提示：**此项仅适用于期缴有现金价值，且在条款中明确列明有该功能的产品。
	B类-退费类
B1. □ 退保	本人申请退保的主要原因是（请勾选）：□ 经济原因 □ 移居国外 □ 对服务不满意 □ 购买时理解有误 □ 家人反对 □ 已有同类产品 □ 未能负担保险费 □ 产品不合适，希望购买其他类型的保险产品，如：_____ □ 其他原因（请具体说明）_____ **温馨提示：**1. 请在申请退保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；
B2. □ 其他	□ 请详述：_____

申请人声明：*必填项

1、本人经仔细审阅后确认本申请书各项填写内容均属实、无错漏，与之有关的资料均完整、真实无误，并由本人亲自提供。
2、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贵公司同意批准后生效，其生效日以贵公司批注文件所载的批准变更生效日为准。
3、本人同意授权招商信诺使用或向第三方机构提供本人的相关信息，用于履行保险合同、提供服务、推荐其它产品或服务、数据分析或处理、市场调查、法律法规要求。同时本人确认已经取得被保险人、受益人对上述事项的同意。除监管机构或行业协会外，招商信诺承诺要求合作机构承担保密义务。
4、 □ 本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《个人税收居民身份声明》）

温馨提醒：

1. **我公司未委托或授权任何人士销售非保险金融产品；**
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。按照国家法律规定，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，请慎重核对填写资料。
2. 以上签名栏必须由被保险人/交费人本人亲笔签名，且与留存于本公司的签名样本一致。若被保险人为未成年人，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身份证件复印件（请注明“仅供招商信诺人寿保险有限公司使用”并签名）。
4. 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。本公司将以收到前述完整资料之日作为您的实际申请日期。

此页空白