

保全业务申请书

(适用于继承人、监护人等申请业务)



保险合同编号:

投保人姓名: _____ 被保险人姓名: _____

填写须知: 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. 办理时请同时提交相关申请资格人的有效身份证复印件, 申请资格人、继承人与被保险人/投保人的关系证明等资料。3. 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。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。5. 请在申请解除保险合同的同时退还保险合同原件, 如未退还, 则视同保险合同已遗失或已损毁。6. 请用正楷字、黑色或蓝黑色墨水笔填写申请书, 勾选事项请以“√”表示, 申请书中所有内容均需如实填写。

申请人 (请勾选)

投保人的继承人 被保险人的继承人 投保人的监护人 被保险人的监护人 其他: _____ (请填写)

申请原因: _____ (请写明原因)

业务类型

1. 被保险人(被保险人与投保人同一人)身故达合同约定终止条件, 领取合同终止时应领取的款项
2. 解除保险合同(若有已分配未领取的红利及红利利息, 一并申请领取)
3. 其它:

申请人信息 (如继承人申请办理业务且存在多位继承人时, 所有继承人均需填写如下信息)

申请人一	姓名	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	_____年_____月_____日	国籍	
	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他: _____		证件有效期	开始: _____年_____月_____日	是投保人的(关系)	
	证件号码	<input type="text"/>		证件有效期	截止: _____年_____月_____日/ <input type="checkbox"/> 长期	是被保险人的(关系)	
	工作单位/就读学校	职务		工作内容	个人年收入(万元)		
	手机号码	联系地址					
申请人二	姓名	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	_____年_____月_____日	国籍	
	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他: _____		证件有效期	开始: _____年_____月_____日	是投保人的(关系)	
	证件号码	<input type="text"/>		证件有效期	截止: _____年_____月_____日/ <input type="checkbox"/> 长期	是被保险人的(关系)	
	工作单位/就读学校	职务		工作内容	个人年收入(万元)		
	手机号码	联系地址					
申请人三	姓名	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	_____年_____月_____日	国籍	
	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他: _____		证件有效期	开始: _____年_____月_____日	是投保人的(关系)	
	证件号码	<input type="text"/>		证件有效期	截止: _____年_____月_____日/ <input type="checkbox"/> 长期	是被保险人的(关系)	
	工作单位/就读学校	职务		工作内容	个人年收入(万元)		
	手机号码	联系地址					
申请人四	姓名	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	_____年_____月_____日	国籍	
	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他: _____		证件有效期	开始: _____年_____月_____日	是投保人的(关系)	
	证件号码	<input type="text"/>		证件有效期	截止: _____年_____月_____日/ <input type="checkbox"/> 长期	是被保险人的(关系)	
	工作单位/就读学校	职务		工作内容	个人年收入(万元)		
	手机号码	联系地址					
申请人五	姓名	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	_____年_____月_____日	国籍	
	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他: _____		证件有效期	开始: _____年_____月_____日	是投保人的(关系)	
	证件号码	<input type="text"/>		证件有效期	截止: _____年_____月_____日/ <input type="checkbox"/> 长期	是被保险人的(关系)	
	工作单位/就读学校	职务		工作内容	个人年收入(万元)		
	手机号码	联系地址					

支付对象及账户 (支付账户需为申请人本人账户;如存在多个支付对象,支付比例之和须为100%)

□支付账户	账户名	银行账号																		
	支付比例(%)	开户银行	银行			分行			支行											
	账户名	银行账号																		
	支付比例(%)	开户银行	银行			分行			支行											
	账户名	银行账号																		
	支付比例(%)	开户银行	银行			分行			支行											
	账户名	银行账号																		
	支付比例(%)	开户银行	银行			分行			支行											

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:

- 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。
- 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。
- 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,提请您特别同意。
- 招商信诺可能适时修订隐私政策,并于官网(www.cignacmb.com)、APP公布更新,请您及时查阅。

声明与授权

- 本人知晓,本人必须真实、完整提供本声明书中所要求的各项信息。本人经仔细审阅后确认上述内容均属实,与之有关的资料均完整、真实无误,并由本人亲自提供,否则可能影响本款项的支付。
- 本申请书由本人亲笔签名确认,同时本人知晓,本合同自效力终止之日起,招商信诺对被保险人不再负有任何保险责任,合同终止日以招商信诺通知书所载的日期为准。
- 本人在此郑重声明和保证本人是投保人/被保险人的法定继承人,且本人承诺投保人/被保险人不存在其他的遗产继承人。本人作为受领该保险合同上述款项的继承人,将依法妥善保管及分配该笔款项。若因其他法定继承人向招商信诺主张该保险合同上述款项的相应份额,本人将按照《保险法》和《民法典》的相关规定负责向其他法定继承人进行分配,招商信诺无需再承担任何给付责任。若招商信诺因本人申请受领该保险合同上述款项而遭受任何纠纷、争议、仲裁、诉讼、损失、费用支付,本人将自行处理并承担一切法律和经济责任(包括但不限于经济赔偿、诉讼费、律师费、交通费、食宿费等)。
- 本人对以上内容无异议,并不再因该保险合同向招商信诺主张任何权利。
- 投保人或被保险人未有涉及与本保险合同有关的诉讼或仲裁事项。
- 本保险合同并无任何转让、抵押之事实。
- 本人在此保证上述银行账户为本人合法独立所有,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。

(以上第3条和第4条仅适用于投保人/被保险人身故后,继承人申请业务)

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。

提示:如继承人申请办理业务且存在多位继承人时,所有继承人均需签名。

签名并按手印(申请人一): _____ 按印的手指: _____ 签署日期: _____年_____月_____日

签名并按手印(申请人二): _____ 按印的手指: _____ 签署日期: _____年_____月_____日

签名并按手印(申请人三): _____ 按印的手指: _____ 签署日期: _____年_____月_____日

签名并按手印(申请人四): _____ 按印的手指: _____ 签署日期: _____年_____月_____日

签名并按手印(申请人五): _____ 按印的手指: _____ 签署日期: _____年_____月_____日

注意:签名需由申请人亲笔签名,限制民事行为能力人/无民事行为能力人,由其监护人签名,按印指纹需清晰。