

委托管理合同变更申请书

填写说明：

- 请在需变更的项目前的□内打“√”，用黑色钢笔或黑色签字笔正楷详细填写需变更的内容。
- 申请书内容请避免涂改，委托管理合同号码、姓名、金额、签名/签章、转账账户信息不得涂改，若有涂改，请重新填写申请书；其他申请书内容若有涂改，请重新填写申请书或由申请人在涂改处签名（签章）。
- 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。

委托管理合同号			申请日期	年	月	日
委托人						
变更项目	变更后的内容					
□ 委托人信息变更	委托人名称			法定代表人 / 负责人		
	联系地址			邮政编码		
	统一社会信用代码			有效期	至	
	组织机构代码			有效期	至	
	税务登记证号			有效期	至	
	营业执照注册号			有效期	至	
□ 委托人主体变更	其他证件（类型）	证件号码	有效期 至			
□ 开票信息变更	开户银行	账户号码				
申请委托人主体变更时，是否已通过职工大会等方式确保所有被保障人知悉委托人主体变更事宜。 □是 □否						
是否增值税一般纳税人 □是 □否 公司电话						
纳税人识别号						
税务登记地址						
开户行						
账号						
提示：1、其他证件类型包括事业单位法人证书等。2、委托人信息变更将同步变更您在我司的其他保险单和委托管理合同。3、在委托管理合同有效期内即将过期的证件，请您尽快换发新版证照，并至我司办理保全变更，以免影响合同效力。4、新增、变更关联单位开票信息需根据财务要求提供相关资料。						
□ 授权邮箱变更	□新增 _____ □停用 _____			授权部门签章： (新增留样)		
□ 授权部门变更	提示：1、委托人可以通过授权邮箱提交本委托管理合同的保全变更申请书、相关的被保障人变更清单信息等。通过邮件发送的申请、确认的内容、提供的资料等，除保险公司另有其他特殊要求外，无需再提供对应的书面资料。授权邮箱可以提交的保全申请，不包括以下项目：委托人变更、解除合同、账户资金提取、账户期满处理或其它补充函件 / 协议签订。2、授权部门签章在以下范围内享有与授权人签章同等的法律效力，可以通过书面方式提交保全申请及其他保全申请材料。可以提交的保全申请，不包括以下项目：委托人变更、解除合同、账户资金提取、账户期满处理或其它补充函件 / 协议签订。3、若授权部门或授权邮箱提供的资料虚假或有误，由此造成的相关权益纠纷由授权人承担法律责任。4、如委托管理合同有效期内新增、减少或变更授权部门、授权邮箱信息的，需由授权人重新向保险公司提交授权部门或授权邮箱变化申请，自申请受理之日起新授权信息生效。如因授权人未及时向保险公司而造成授权人损失的，保险公司不承担责任。					
□ 解除合同	委托人是否已通过职工大会等方式确保所有被保障人知悉合同解除事宜。 □是 □否 解除原因： _____					
□ 账户资金追加	公共账户追加金额： ¥ _____ 元					
□ 账户资金提取	公共账户提取金额： ¥ _____ 元 / 提取比例： _____ %					
□ 账户期满处理	期满领取金额： ¥ _____ 元 □ 领取 □ 结转、（新）委托管理合同号 _____					

□保全定制变更	□初始管理费		□提取或终止费用	
	0-1年(不含1年)	%	0-1年(不含1年)	%
	1-2年(不含2年)	%	1-2年(不含2年)	%
	2-3年(不含3年)	%	2-3年(不含3年)	%
	3年及以上	%	3年及以上	%
□续交管理费 比例: _____ % / 金额: ¥ _____ 元				
□提取或终止费用 比例: _____ % / 金额: ¥ _____ 元				
□其他变更项目	请列明变更事项及原因:			
涉及资金业务的收付方式	□支票 □银行转账(如选择银行转账请同时填写以下转账授权信息) □其他 _____			
	开户银行:			
	账户号码:			
授 权 委 托 书				
<p>申请人委托 _____ 先生 / 女士 (有效证件类型 _____ 证件号码 _____) 在 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日期间内在太平洋健康险代为办理本申请书项下的委托管理合同变更事宜, 并郑重声明凡由本授权引发的一切纠纷由申请人负责, 与太平洋健康险无涉。</p> <p>申请人已仔细阅读知、理解太平洋健康险的各项提示和客户须知并同意遵守。谨以本申请书作为委托管理合同变更的要约, 并同意太平洋健康险审核同意后依此办理上述委托管理合同变更事项。</p> <p>受托人声明: 授权委托书确系申请人签署。如有不实, 受托人愿意承担由此引致的法律责任, 太平洋健康险不承担任何责任。</p>				
<p>申请人(委托人签章): _____ 受托人(签名): _____ 受托人联系电话: _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>				
声 明 与 授 权				
<p>1、根据国家相关法律规定、监管要求及太平洋健康保险股份有限公司(本申请书中简称为“太平洋健康险”)业务规定, 需要提供资料的, 申请人承诺配合提供。对于达到反洗钱客户身份识别标准的业务, 申请人承诺配合提供申请人有效身份证明、《客户身份基本信息补充表》等资料。</p> <p>2、本申请书的内容是申请人的真实意思表示, 申请人承诺所提供的申请资料和信息真实有效, 涉及被保险人权益的变更事项均经被保险人或其监护人同意。申请人授权太平洋健康险调查申请资料和信息真实性。如因申请资料或信息不真实、有所隐瞒、与日后发现事实不符, 造成的损失由申请人承担相关责任。</p> <p>3、申请人授权太平洋健康险对被保险人进行医疗评估及检查, 并作为本变更申请相关审核结论、支付的依据。</p> <p>4、申请人同意中国太保【指中国太平洋保险(集团)股份有限公司及其直接或间接控股的子公司】采集委托人名称/被保险人姓名、证件类型、证件号码等信息, 授权中国太保可以从相关单位、组织和个人就有关合同事宜查询、索取与申请人有关的资料和证明。</p> <p>5、申请人同意所提供的保全资料和信息, 可用于中国太保以及其认为业务必要而委托的第三方将合同的全部资料用于为合同客户提供服务和推荐产品, 中国太保及第三方对合同客户信息承担保密义务。</p> <p>6、申请人同意太平洋健康险向中国银行保险信息技术管理有限责任公司(以下简称“中国银保信”)报送申请人的全部保全信息, 并通过医疗机构、中国银保信、保交所及知悉申请人信息的其他机构查询与申请人有关的保全信息。中国银保信基于为申请人或保险公司提供服务的需要可对上述信息进行必要的使用及与相关机构进行信息共享, 中国银保信和相关机构履行保密义务。</p>				
客 户 须 知				
<p>1、申请人应为基于法律法规及委托管理合同约定的保全项目申请资格人。</p> <p>2、如申请的保全项目存在不符合法律、法规规定或者合同约定的, 该申请项目不予受理。本次申请项目如有未获太平洋健康险批准的, 将自动作废。</p> <p>3、本申请书的变更事项经太平洋健康险批准后生效。对于需补交费的业务, 如太平洋健康险批准申请后 20 日内未收到应交款项, 本次申请自动作废; 其他业务经太平洋健康险批准同意后生效。</p> <p>4、除申请人书面申请并由太平洋健康险正式程序出具批单或批注修改的内容外, 其他任何人的口头及书面承诺均属无效。</p> <p>5、申请人联系方式变更时须及时办理变更手续, 申请人未及时办理变更手续的, 太平洋健康险按照申请人通过双方认可的方式留存的最后联系方式发送的有关通知, 均视为已送达。</p> <p>6、申请人可以通过太平洋健康险客服热线95500 及合同服务人员咨询相关手续。</p> <p>7、如有未尽事宜, 详见委托管理合同条款。</p>				
以下内容由保险公司工作人员填写				
受理渠道	□保全受理		保全受理人(签名): _____ 受理日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	□团险服务人员 □其他		受理人(签名): _____ 受理日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日	
			保全受理人(签名): _____ 受理日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日	