

保险合同变更申请书

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，若有涂改，请重新填写申请书。为了维护您的利益，请勿在空白申请书上签名，请慎重核对所填写的资料。

保险单号	投保人	被保险人										
变更项目	变更后内容											
□客户资料信息变更	<input type="checkbox"/> 姓名	姓名： 性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期： 年 月 日										
	<input type="checkbox"/> 性别	国籍： 证件类型： 证件有效期： 年 月 日至 年 月 日										
	<input type="checkbox"/> 出生日期	证件号码：										
	<input type="checkbox"/> 证件号码	其他需要更正的内容：										
□客户联系信息变更	姓名： 手机： Email：											
	联系地址： 省 / 直辖市 市 县 / 区 邮编：											
	家庭地址： 省 / 直辖市 市 县 / 区 邮编：											
	家庭电话： 办公电话：											
□投保人主体变更 请同时变更联系信息及续期交费方式。	新投保人姓名： 与被保险人关系： 性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女											
	出生日期： 年 月 日 职业： 国籍： 证件类型：											
	证件号码 证件有效期： 年 月 日至 年 月 日											
	新投保人声明：本人自此项变更生效日起，享有本保险合同项下投保人相关的权利，并承诺履行相关义务。 新投保人（签名）： 日期： 年 月 日											
□续期交费方式变更	开户行 授权账号											
□身故受益人变更 联系地址的填写方式同客户联系信息变更。 如受益人较多可按照表格中所需填写的字段另附页。	分配方式选择 <input type="checkbox"/> 法定 <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 顺位（即按序号顺序） <input type="checkbox"/> 比例 <input type="checkbox"/> 复杂方式（需在“说明”中详细描述）											
	序号	姓名	国籍	证件类型	证件号码	证件有效期（起-止）	与被保险人关系	比例(%)	联系地址	电话	职业	
	1											
	2											
	3											
说明：												
□复效	需同时填写《健康告知声明书》。											
□补充告知	<input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 需同时填写《补充告知声明书》。											
□保单挂失补发	申请原因： <input type="checkbox"/> 遗失 <input type="checkbox"/> 毁损 <input type="checkbox"/> 其他											
□变更签名												
□垫交标识变更	<input type="checkbox"/> 申请保费自动垫交 <input type="checkbox"/> 取消保费自动垫交											
□还款	<input type="checkbox"/> 保单还款 <input type="checkbox"/> 垫交还款											
□其他												
变更需补费、退费的业务款项收付方式选择： <input type="checkbox"/> 银行转账（如选择银行转账请同时填写以下账户信息） <input type="checkbox"/> 其他												
账户所有人姓名：			证件类型：			证件号码：						
开户行：			授权账号：									
投保人（签名）：				被保险人或其法定监护人（签名）：							年 月 日	
授权委托书												
本人（下称“申请人”） 现委托 （证件类型 证件号码），在 年 月 日至 年 月 日期间内代为办理 事宜（保险单号码为）。并郑重声明凡由本授权委托引发的一切纠纷由本申请人负责，与太平洋健康险无涉。												
申请人声明：												
1、申请人已详细阅读、理解太平洋健康险的各项提示和客户须知并同意遵守，知悉保险合同变更后将引起的保险权益及保障的变化。												
2、申请人保证本授权委托书及相关申请单证为申请人亲笔签名，谨以本申请书作为保险合同变更的要约，并同意太平洋健康险审核同意后依此办理上述保险合同变更事项。												
证件类型：			证件号码：			联系电话：						
手机：			申请人（签名）：			日期： 年 月 日						
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所有责任，太平洋健康险不承担任何责任。												
国籍：			证件类型：			证件号码：						
联系地址：			邮政编码：			联系电话：						
手机：			受托人（签名）：			日期： 年 月 日						

声明与授权

- 1、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，并授权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”）调查其真实性。如因申请资料或信息不真实造成的损失由申请人承担相关责任。
- 2、申请人授权中国太保【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】可以从相关单位、组织和个人就有关保险事宜查询、索取与申请人有关的资料和证明。
- 3、申请人同意中国太保采集投保人/被保险人/申请人/领款人姓名、性别、证件类型、证件号码、联系电话、联系地址、医保类型、国籍、职业、证件有效期、保单信息和金融账户等信息。
- 4、申请人同意中国太保以及其认为业务必要而委托的第三方，将上述全部客户资料用于为申请人提供包括但不限于承保、保全、核保、理赔、寄送保单和客户回访等服务以及推荐产品。中国太保及第三方对申请人个人信息承担保密义务。
- 5、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单信息、保全信息和理赔信息等，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承保、保全、理赔、医疗等信息。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。

保险款项转账收付授权

- 1、申请人承诺所提供的授权账户为保险金申请人实名账户，并授权太平洋健康险使用本申请书指定的银行结算账户用于本申请书所列保单款项的转账收付。
- 2、申请人同意太平洋健康险有权决定相关账户是否可作为授权账户，并经被授权银行审核确认账户信息正确后使用。

续期保险费银行转账交款授权

- 1、账户所有人同意授权太平洋健康险及开户银行从被授权银行结算账户内划扣指定保险合同的各期应交保险费。账户所有人同意该授权账户中所扣交保险费优先于其他任何用途的支付。各期应交保险费及交纳日期以保险合同或其相关组成部分的约定为准。
- 2、账户所有人同意在保险费应交日前将足额保险费存至授权账户，以保证各期保险费正常交纳。若因账户内余额不足等任何非太平洋健康险原因导致转账不成功，相关责任由投保人承担。

客户须知

- 1、申请人应为基于法律法规及保险合同约定的保全项目申请资格人。
- 2、如申请的保全项目，存在不符合法律、法规规定或者保险合同约定的，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。
- 3、复效、还款、性别年龄误告等需补交费的保全业务，经太平洋健康险批准并收到应交款项后生效，如太平洋健康险批准申请后7个工作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后生效。
- 4、太平洋健康险为保护申请人的权益，对代办业务将进行抽查回访核实，涉及资金收支事项将通过转账形式支付至申请人本人的账户中，请申请人配合。
- 5、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。
- 6、申请人联系方式发生变动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提交的最后联系方式发送的有关通知，均视为已送达。
- 7、申请人可以通过太平洋健康险客服热线95500以及保险服务人员咨询相关手续。
- 8、如有未尽事宜，详见具体保险合同及条款。

保险款项转账收付客户须知

- 1、如因授权账户失窃、遗失、销户以及被依法冻结等原因而终止使用申请人提供的账户时，申请人应及时正式书面通知太平洋健康险。在收到申请人正式书面通知之前，太平洋健康险对按保险合同约定已转账到上次授权账户的保险金，或由于交款人未及时通知导致保险合同失效或终止不承担责任。如因提供的授权账户错误、账户销户、户名不符、未交小额管理费等原因导致转账不成功或时效性问题，由申请人承担相关责任。太平洋健康险不对授权账户的失窃或者冒领负责。
- 2、申请保全业务涉及补交费的，若申请人提供的账户非本人所有，需账户所有人同意交费，并办理账户使用授权，因申请人提供他人账户交费而引起的纠纷，相关责任由申请人承担。

续期保险费银行转账交款授权客户须知

交款人或投保人欲终止授权或变更授权账户、联系地址时，须在下次保险费交纳前向太平洋健康险递交书面通知。本授权书将持续有效直至出现以下情况之一时自动终止效力：

- (1) 保险合同交费期满；(2) 交款人申请终止授权；(3) 账户终止；(4) 保险合同效力终止。

保险公司填写 受理渠道：	<input type="checkbox"/> 保全受理	保全受理人（签名）：_____	受理日期：_____年____月____日
	<input type="checkbox"/> 委托服务人员 <input type="checkbox"/> 网销代理	受理人（签名）：_____	受理日期：_____年____月____日
	<input type="checkbox"/> 其他	保全受理人（签名）：_____	受理日期：_____年____月____日