

填写说明及提示:

1. 本清单每次仅能选择一项保全变更。如另附清单需勾选“是”，则本页表格部分可以不填写，“本页合计人数”应与所附明细一致。
2. 增加被保险人从“加人责任起期”填写日期的零时起开始承担保险责任；减少被保险人从“减人责任终期”填写日期的零时起终止承担保险责任；被保险人层级变更从“层级变更责任起期”填写日期的零时起开始承担变更后层级的保险责任。
3. “被保险人属性”按编号填写：1 主被保险人（默认，可不填写）、2 配偶、3 子女、4 父母。
4. “证件类型”按标号填写：1 身份证（默认，可不填写）、2 护照、3 军官证、4 港澳居民通行证、5 台湾居民通行证、6 中国出生医学证明、7 外国人永久居留证、8 港澳居民居住证（请在清单“其它”栏同时填写来往内地通行证号码）、9 台湾居民居住证（请在清单“其它”栏同时填写来往内地通行证号码）。
5. “层级”填写的层级名称须与保单上列明的保障方案层级名称相符。
6. “国籍”外籍人员必填，未填写时默认中国。
7. “职业”增加被保险人未填写时默认被保险人所在层级人数最多的职业，但被保险人职业与所在层级人数最多的职业不符时、加人层级被保险人为0人时则必填；被保险人层级变更未填写时默认原层级职业。
8. 增加被保险人、被保险人层级变更需要提供“基本月薪”的请在“其它”项目中填写。
9. 本申请清单涉及保全的项目仅限本公司批准的保险产品或保险保单。

声明与授权

- 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。
- 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。
- 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，并作为审核本变更申请相关核保、理赔的依据。
- 4、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。
- 5、申请人确认，被保险人或其监护人已知晓且同意中国太保可依法采集被保险人及其受益人的姓名、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、证件有效期和金融账户等信息，用于包括但不限于承保、保全、核保和理赔等服务。
- 6、申请人同意所提供的资料和信息，可用于中国太保以及其认为业务必要而委托的第三方将保单的全部资料用于为保单客户提供服务和推荐产品，中国太保及第三方对保单客户信息承担保密义务。
- 7、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。

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、未成年被保险人（未满18周岁）在18周岁前的死亡给付保险金额总和以原中国保险监督管理委员会《关于父母为其未成年子女投保以死亡为给付保险金条件人身保险有关问题的通知》【保监发（2015）90号】规定为准。如不满10周岁的未成年被保险人的死亡给付保险金额总和超过20万元（含在其他保险公司已承保的金额），或已满10周岁但未满18周岁的未成年被保险人的死亡给付保险金额总和超过50万元（含在其他保险公司已承保的金额），则太平洋健康险不予承保。
- 4、本申请清单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。
- 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。
- 7、申请人可以通过太平洋健康险客服热线95500及保险服务人员咨询相关手续。
- 8、如有未尽事宜，详见保险合同条款。

保险公司填写

<input type="checkbox"/> 保全受理	保全受理人（签名）：_____	受理日期：_____年____月____日
<input type="checkbox"/> 团险服务人员 <input type="checkbox"/> 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

受理渠道：