



(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各项信息)

保险合同编号		原投保人姓名		被保险人姓名	
本人因	(请写明原因),申请变更投保人。				

原投保人基本信息:

姓名: _____ 原有效证件号码:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

新投保人基本信息

新投保人姓名:	被保险人是变更后投保人的: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 本人																											
性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期: _____年____月____日																											
国籍: <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他: _____	婚姻状况: <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 其他 _____																											
证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他: _____	证件号码: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																											
证件有效期: _____年____月____日至_____年____月____日/ <input type="checkbox"/> 长期																												
联系地址: _____省/自治区/直辖市 _____市 _____区/县	邮政编码: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																											
微信号: _____	电子邮箱: _____																											
手机号码: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																								提示:请填写大陆境内手机号码,境外号码无法收到我司发送的短信及电子信函。				
工作单位/就读学校: _____	行业: _____																											
职务: _____	任现职时间: _____年____月____日																											
工作内容: _____	个人年收入: _____万元 家庭年收入: _____万元																											
账户所有人姓名: _____	账户类型: <input type="checkbox"/> 借记卡 <input type="checkbox"/> 信用卡																											
授权银行账号: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																								开户银行: _____银行 _____支行				

银行自动转账授权声明:

1. 本人在此保证上述银行自动转账账户为本人合法独立所有。本人授权银行按照保险合同约的交费日期、交费方式、交费期间、保险费金额,从本人上述银行自动转账账户向招商信诺指定账户直接扣划首期、续期保险费及因差错给付的款项(如有), 本人对银行上述扣款行为无异议。同时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。
2. 在任何情况下, 若因招商信诺给付款项的金额或给付对象等有误而导致账户所有人并非基于法律规定或合同约定收到该误付款项, 则本人同意无条件地及时返还全部误付之款项予招商信诺。

新投保人签名样本:

其它(请详述):

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。

- 5、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。
- 6、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。
- 7、本人知晓,在符合法律规定的情形下,本人对个人信息的拥有合法的查阅、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:

- 1.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,您应立即与我们联系。
- 2.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。
- 3.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,请您特别同意。
- 4.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。

新投保人声明:(必填项)

- 1.变更后,该合同被保险人、受益人不变,与原保险合同相关的权利义务一并转移,本人对保险合同处理方式的选择已经得到原投保人的全体合法继承人的同意,如果原投保人的任何合法继承人向招商信诺主张权利或者要求损失赔偿等,所有后果和相关责任由本人承担。
- 2.新投保人声明:招商信诺已对投保险种的各项保险条款内容履行了说明义务,并对保险责任、责任免除条款、免赔率、免赔额、比例赔付、退保条款、犹豫期条款等履行了提示和明确说明义务,上述内容本人均已完全理解,并同意遵守;若本次投保的险种为分红保险、万能保险、投资连结保险等人身保险新型产品,本人已阅读并理解产品说明书,了解产品情况并自愿承担保单利益不确定的风险;我明白利益演示及示例仅供说明使用,利益演示基于招商信诺的精算假设,不代表招商信诺的历史经营业绩,也不能理解为对未来的预期。若本次投保的险种按份数投保,本人在签名前已认真阅读《基本保险金额表》,了解根据保险费计算基本保险金额的计算方式并已知悉本次投保的保险金额。
3. 投保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《个人所得税居民身份声明》)
 被保险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《个人所得税居民身份声明》)

原投保人之继承人或监护人、被保险人、新投保人确认此变更申请并签字同意

申请人签名(非继承人申请业务时):

与原投保人关系: _____ 签名并按手印: _____ 按印的手指: _____ 签署日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

原投保人之法定继承人或遗产继承人签名:

与原投保人关系: _____ 签名并按手印: _____ 按印的手指: _____ 签署日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

与原投保人关系: _____ 签名并按手印: _____ 按印的手指: _____ 签署日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

与原投保人关系: _____ 签名并按手印: _____ 按印的手指: _____ 签署日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

与原投保人关系: _____ 签名并按手印: _____ 按印的手指: _____ 签署日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

与原投保人关系: _____ 签名并按手印: _____ 按印的手指: _____ 签署日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

与原投保人关系: _____ 签名并按手印: _____ 按印的手指: _____ 签署日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

新投保人签名: _____ 被保险人签名: _____ 签署日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

- 注意:** 1. 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;
2. 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。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期。

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,风险自担。

以下为收件/初审人员填写

受理渠道: 银行柜面 公司柜面 上门亲办 其他: _____

本次随附资料: 身份证件复印件 银行卡复印件 个人所得税居民身份声明 其它: _____

亲见客户声明:本人已亲见申请资格人及签名人员,并已核对身份证明原件,人证相符,确认身份,复印件与原件一致。

银行网点名称及代码: _____ 银行办理/见证人员签名及代码: _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

招商信诺服务人员签名及手机号码: _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 分公司初审受理人员签名及手机号码: _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日