

复星联合健康保险股份有限公司 个人保险合同保全申请书

保全受理号: _____

保单号: _____ 申请人姓名: _____ 手机号: _____ 申请日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

申请须知

1. 请用黑色、黑蓝色钢笔或签字笔填写, 要求字迹清晰、工整, 内容正确、完整; 2. 请保持申请书签名与留存于复星联合健康保险股份有限公司(以下简称我公司)的签名样本一致, 若签名发生变化, 请向我公司申请变更; 3. 为维护您的权益, **请勿在空白申请书上签名**; 4. 申请书不可涂改, **若涂改请在相应处签名确认**; 5. 贷款利率可在复星联合健康保险公司官微或者官网查询。

一、保全项目和内容-收付费类

<p>1. <input type="checkbox"/> 犹豫期内解除合同 请留意“重要提示”内容。</p>	<p><input type="checkbox"/>整单解除 <input type="checkbox"/>减少被保险人: 姓名 _____ <input type="checkbox"/>解除附加险 (请填写需解除险种名称) 险种名称: _____; _____; 申请原因: <input type="checkbox"/>个人经济原因 <input type="checkbox"/>险种不理想 <input type="checkbox"/>服务不满意 <input type="checkbox"/>出国移居 <input type="checkbox"/>其它(请注明) _____</p> <p><input type="checkbox"/>本人声明已知悉以下提示内容并同意合同解除后原保险合同凭证作废。投保人签名: _____</p>												
<p>2. <input type="checkbox"/> 解除合同 请留意“重要提示”内容。 备注: _____</p>	<p>★重要提示: 1. 犹豫期内解除合同: 自投保人签收本合同或收到本合同电子保险单之日(二者较早之日)起一定期限内为犹豫期(详见产品条款)。犹豫期内申请解除合同, 我公司将无息退还已交保险费。 2. 解除合同: 保险合同自提交解除保险合同申请之日起效力终止, 不再提供保障; 解除主险保险合同时, 如有附加险合同将同时解除。解除合同退款金额为保险合同当时现金价值, 可能会有损失, 请慎重决策。</p>												
<p>3. <input type="checkbox"/> 新增附属被保险人 请同时填写《健康及财务告知》</p> <p>4. <input type="checkbox"/> 客户资料变更 (仅填写右栏需变更内容) 变更对象: <input type="checkbox"/>投保人 <input type="checkbox"/>被保险人 <input type="checkbox"/>受益人</p> <p>5. <input type="checkbox"/> 投保人变更 新投保人签名确认: _____</p>	<p>基本信息 (3、5 均需填写, 4 仅填写变更部分) 姓名: _____ 性别: <input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 国家或地区: _____ 身份证件类型: _____ 证件到期日: _____ 年 _____ 月 _____ 日/<input type="checkbox"/>长期 证件号码: _____ 手机号: _____ 电子邮箱: _____ @ _____ 联系地址: _____ 省/直辖市 _____ 市 _____ 区(县) _____ (以下按申请项目填写, 3、4、5 为左栏项目对应代码) 职业及代码 (3、5 需填写, 4 变更时填写): _____ (护理险附属被保险人可无需填写) 与投保人的关系: (3 需填写, 4 变更时填写) <input type="checkbox"/>父母 <input type="checkbox"/>配偶 <input type="checkbox"/>子女 <input type="checkbox"/>其他 _____ 与主被保险人的关系: (3、5 需填写, 4 变更时填写) <input type="checkbox"/>父母 <input type="checkbox"/>配偶 <input type="checkbox"/>子女 <input type="checkbox"/>其他 _____ 税前年收入 (5 需填写): _____ 万元 仅为中国税收居民身份 (5 需填写): <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 (若勾选“否”, 请填写《个人税收居民身份声明书》)</p> <p>★重要提示: 1、如投保人姓名变化, 请同时办理续期交费账号变更。 2、投保人变更所涉保险合同若包含附加投保人豁免类产品的, 投保人变更前需解除该附加合同。 3、手机号、电子邮箱用于接收我公司发送的重要通知或者凭证, 请确保填写本人真实信息。</p>												
<p>6. <input type="checkbox"/> 合同效力恢复 请同时填写《健康及财务告知》, 含投保人豁免类产品合同, 投保人也需进行健康告知。</p>	<p><input type="checkbox"/>主险 <input type="checkbox"/>主险+附加险</p> <p>★重要提示: 1. 保险合同中, 无“合同效力恢复”条款的险种不能一同复效; 2. 附加险合同需随主险一起申请复效; 3. 保险合同中, 有“合同效力恢复”条款的险种自复效生效日起, 如无特殊说明, 需重新计算等待期。</p>												
<p>7. <input type="checkbox"/> 减少保险金额 基本保险金额处请填写减少后金额, 请填写申请原因。</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>险种名称</th> <th>交费年期</th> <th>保险期间</th> <th>基本保险金额(元)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>减少保额申请原因: <input type="checkbox"/>经济原因 <input type="checkbox"/>险种不理想 <input type="checkbox"/>服务不满意 <input type="checkbox"/>出国移居 <input type="checkbox"/>其它 _____</p>	险种名称	交费年期	保险期间	基本保险金额(元)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
险种名称	交费年期	保险期间	基本保险金额(元)										
_____	_____	_____	_____										
_____	_____	_____	_____										
<p>8. <input type="checkbox"/> 新增附加险</p>	<p>★重要提示: 增加保险金额、新增附加险, 需另行填写《健康及财务告知》; 保险合同中, 无增加保险金额、或者减少保险金额相关条款的险种, 不能申请对应项目; 豁免类产品基本保险金额填“依条款约定”。</p>												
<p>9. <input type="checkbox"/> 补充告知</p>	<p>告知对象: <input type="checkbox"/>投保人 <input type="checkbox"/>被保险人 请同时填写《健康及财务告知》</p>												
<p>10. <input type="checkbox"/> 补发保险合同凭证</p>	<p>补发原因: <input type="checkbox"/>丢失 <input type="checkbox"/>污损换发 <input type="checkbox"/>其它原因 _____</p> <p>声明: 自新保险合同凭证补发之日起原保险合同凭证作废, 后续因已作废的保险合同凭证发生的任何纠纷, 与保险公司无关。 第二次申请补发纸质保险合同凭证将收取 10 元工本费</p>												

11. <input type="checkbox"/> 保费自垫清偿	本金及利息需一并全部清偿。
12. <input type="checkbox"/> 保险计划变更	变更前计划名称: _____ 变更后计划名称: _____
13. <input type="checkbox"/> 职业变更	变更对象: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人
	变更后的职业及代码: _____ 工作单位: _____
★保险款项收付银行账户信息: (涉费项目必填) <input type="checkbox"/> 使用最近缴费账号 <input type="checkbox"/> 使用新账户 (限借记卡类型, 请填写下方账户信息)	
账户号码: _____	账户户主姓名: _____
账号类型: <input type="checkbox"/> 借记卡 <input type="checkbox"/> 存折	开户行名称: _____ 银行 _____ 分行 _____ 注: 账户户主非投保人, 需提供审批表

二、保全项目和内容—非收付费类

14. <input type="checkbox"/> 续期交费账号变更	账户名称 (投保人本人): _____ 开户行名称: _____ 银行 _____ 分行 _____ 类型: <input type="checkbox"/> 借记卡 <input type="checkbox"/> 存折 帐号: _____					
15. <input type="checkbox"/> 自垫选择权变更	<input type="checkbox"/> 自动垫交 宽限期结束时若当期保费仍未交纳, 保单满足垫交条件时将自动垫交保险费, 并按贷款利率计息。保单自垫本金及利息达保险合同现价金额时, 保险合同效力将中止。 <input type="checkbox"/> 非自动垫交 宽限期结束时仍未交当期保费, 保险合同效力中止。					
16. <input type="checkbox"/> 身故受益人指定	★重要提示: 需经被保险人同意并签名确认					
所属被保险人	受益人姓名	性别	出生日期	证件类型	证件号码	
	①		年 月 日			
	②		年 月 日			
	③		年 月 日			
	国家或地区	仅为中国税收居民	手机号	关系 (是被保险人的)	受益顺序	受益份额
①		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				%
②		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				%
③		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				%
17. <input type="checkbox"/> 客户签名风格变更	变更对象: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 新签名: _____ ★提示: 本项目不可代办					
18. <input type="checkbox"/> 交费频次变更	变更为年交 条款中有交费频次更改说明的, 方可变更。变更前需将当前保单年度剩余月交保费全部交清					
19. <input type="checkbox"/> 其他项目	_____					

三、申请方式及委托授权 (本栏必填)

申请方式: 客户亲自办理 委托代办 (请完整填写以下委托授权书)

委托授权书

本人(□投保人 □被保险人)现授权委托 _____ 先生/女士(有效身份证件号码/保险公司业务员代码: _____), 为□保险机构业务人员 □本人的(关系) _____, 携带本人有效身份证明文件及贵公司要求的必备文件, 前往贵公司代为办理上述保单的 _____ 事宜。本人声明, 由此引发的一切纠纷与贵公司无关。本授权自签署之日 (同本次申请日) 起五天内有效。

委托人签名: _____

受托人签名及电话: _____

四、声明、授权及申请确认 (请仔细阅读后签字确认)

1. 本保险合同变更申请书和有关的材料均属实且为本人自愿提交, 并同意作为复星联合健康保险股份有限公司 (以下简称“保险公司”) 签发批单的依据。上述资料若不属实, 任何依据上述资料所签发之保险合同批注均属无效。投保人完全同意仅投保人书面申请并由保险公司经正式程序修改或批注的内容有效, 变更生效日以保险公司批单载明的时间为准。对被保险人发生保险事故后递交的申请, 保险公司有权不予受理或撤销已生效之保全。

2. 投保人已扫描《保险公司用户隐私保护政策》二维码 (如右图), 认真阅读并理解此隐私保护政策, 同意保险公司以及出于信息真实性验证目的进行合作的第三方机构 (银保信科技 (北京) 有限公司以及银联商务支付股份有限公司), 按照该政策的规定收集、存储、使用本人提供的本人以及相关个人信息主体的个人信息 (含 14 岁以下未成年人)。为确保信息安全, 保险公司及其合作机构应采取有效措施并承担保密义务。



3. 本人确认, 以上所提供的银行账户所有人为本人真实姓名开立结算账户, 并自愿授权保险公司使用指定银行结算账户 (以下简称“授权账户”) 用于保险款项转账收、付。如果因申请人提供的授权账户错误、账户注销、账户余额不足或者不符合保险公司对授权账户的要求而导致转账不成功, 保险公司无需承担由此引起的责任。保险公司不对该授权账户的失窃或冒领承担责任。

投保人签名: _____

被保险人或其监护人签名: _____

签署日期: _____

年 月 日

五、保险公司业务受理栏 (保全人员填写)

受理意见: 初审通过 退回 通知补充资料, 通知日期: _____ 年 月 日

受理日期: _____

年 月 日

资料齐全日: _____

年 月 日

补充意见: _____

受理人签名: _____