中英人寿 AVIVA-COFCO

保险计划变更申请书

保险合同编号：	投保人：	本公司受理签章：

申请事项：（请在申请事项前的方格内打“√”，并填写变更后的内容，如需详述，请在“其它”栏补充说明。请同时阅读申请书背面应备文件一览表）

01 □主险减少保额/保费	按您的险种选择减少项目：□减少基本保额 □减少保费			
	主险险种名称		变更后基本保险金额/保费/份数	
02 □变更附加险	险种名称	险种代码	变更后基本保险金额/份数	缴费期限（年）
□新增 □增加保额 □减少保额				
□新增 □增加保额 □减少保额				
□新增 □增加保额 □减少保额				
03 □取消附加险	险种名称	险种代码	变更后基本保险金额/份数	
			0 元/份	
			0 元/份	
04 □变更缴费方式	□年缴 □半年缴 □季缴 □月缴			
05 □变更职业	请选择变更对象：□投保人 □被保险人			
	工作单位			
	职业	入职时间： 年 月 日	职业代码：	
	单位属性	□国家机关 □国有企业 □上市公司 □事业单位 □其它		
06 □复效 复效须知：有关除外责任期间及等待期从复效生效之日起重新计算。一年期附加险及豁免险不能办理复效。	□传统险复效 □万能险复效：补缴____期基本期缴保费 共（大写）_____仟____佰____拾____万____仟____佰____拾____元 ¥（小写）：_____元			
07 □减额缴清	办理此项变更须终止主合同下所有附加险。			
08 □补充告知	请填写《健康及财务告知书》，并请于“其它”栏简单描述本次补充的内容。			
09 □关联关系	□新增 □修改 □解除 关联万能账户保单号为：□□□□□□□□□□□□			
10 □自动续保选项变更	是否自动申请续保：□是 □否			
11 □其它				

随附资料（必填项目）：□保险合同原件 □投保人身份证明文件复印件 □被保险人身份证明文件复印件 □银行存折/卡复印件□其它_____

□变更授权账号：请填写《保险费自动转账付款及自动转账领款授权书》予以授权。

委托代办声明：（代办人需在申请书上签名并提供代办人身份证明文件）

本人委托_____（先生/女士），身份证件号码_____，联系电话_____，代为办理上述合同变更事项，并承担由此产生的所有法律责任。如因此发生任何纠纷，本人自愿承担相应后果。

声明与授权事项

1、本人（指投保人和被保险人）确认，本人已经通过查阅贵公司官网(www.aviva-cofco.com.cn)及官方微信，阅读、理解并同意《中英人寿服务协议和隐私政策》的全部内容。本人提交贵公司的个人信息为本人自愿提供的真实信息，本人提供的被保险人及受益人的个人信息均已获得个人信息主体的明确授权同意。投保人、被保险人及受益人信息均准确无误。**若信息不实，不实信息足以影响贵公司是否同意承保或者提高保险费率的，贵公司有权依法解除保险合同，并对合同解除前发生的保险事故不承担保险责任。**

2、本人理解并同意：贵公司为履行保险合同、提供相关服务及提升保险服务质量，需要对本人个人信息进行收集、使用，并可能会与第三方机构、组织或个人（以下统称为第三方）开展合作，此类合作亦可能需要收集、使用或提供本人个人信息。本人同意并授权贵公司进行以下行为：

（1）为签订和履行相关保险合同的目的，收集和使用本人向贵公司提供的本申请书及投保书中的个人信息（“保单信息”）；

（2）在法律允许的范围内，从各种渠道查阅、收集与本保险申请、理赔及服务有关的投保人/被保险人个人信息，包括但不限于从投保人/被保险人就诊、体检或参保的相关医疗机构、体检机构、其他保险公司查阅、收集投保人/被保险人的相关医疗记录、体检报告、病历资料（统称“外部信息”）。本人及被保险人同意并授权上述各渠道可向贵公司提供外部信息。

（“保单信息”和“外部信息”合称为“本人及被保险人相关信息”）

（3）将本人及被保险人相关信息用于保险申请、理赔、服务、数据收集、传递、统计、分析等事宜。

（4）下列与第三方共享本人及被保险人相关信息的行为：

(a)委托其他方处理个人信息：

-贵公司可委托第三方处理本人及被保险人相关信息，用于下列情况：(i)核保、理赔及其他签订、履行保险合同的行为；(ii)信用及健康评估；（iii）再保险；(iv)其他合法数据处理行为。

(b)向其他方提供个人信息：

-本人同意在法律、法规、规章及中国银行保险监督管理委员会允许的范围内，将本人及被保险人相关信息和因签署本保险合同而产生的保险信息，以及履行本保险合同涉及的医疗信息，授权中国银行保险信息技术管理有限责任公司(简称中国银保信)通过商业健康保险信息平台进行信息管理及合理利用。本

人同意上述信息可在贵公司及其他保险公司为本人提供服务时，通过商业健康保险信息平台查询、收集与其提供服务相关的必要信息。同时，本人亦授权上述公司，在依据行业监管及为实现服务目的之需要而与其他机构进行必要合作的前提下，对上述信息进行合理使用及信息共享（包括但不限于：因保险监督管理及风险控制之需要而进行的行业内信息分享；因信息数据使用、存储、下载之需要而与第三方合作机构进行的数据交互；为提高保险服务水平之需要而与医疗卫生和健康管理机构进行的诊疗信息及健康记录的查询共享；为公共服务之需要与其他政府机构、监管部分、司法机构及第三方信息信用平台进行的信息共享等）；

-贵公司可根据法律法规规定或有关主管部门要求，向有关主管部门提供本人及被保险人相关信息。

-在法律、法规和监管政策允许的范围内，可将个人信息提供给预约挂号、体检、SOS 援助等服务机构用于提供相关服务（详细内容可通过查阅公司官网 www.aviva-cofco.com.cn 及官方微信，《中英人寿服务协议&隐私政策》）。

本人及被保险人知悉并了解中英人寿在进行上述行为时，将遵循合法、正当、必要的原则，并严格履行保密义务。

本人保证，本人已获得被保险人对本授权条款所述内容的同意和授权，并保证相关信息、资料真实、准确、有效，否则由此引发的一切后果均由本人承担。

请您注意：

1. 在填写《保险计划变更申请书》时，请您使用黑色、蓝黑色钢笔或签字笔在申请书逐项填写。
2. 为保障您的权益，《保险计划变更申请书》上的所有签名均应为本人亲笔签名，他人不得代签；若被保险人为未成年人，应由该未成年人的法定监护人在“被保险人/法定监护人签名”处签署法定监护人本人的姓名。
3. **为保障您的权益，请不要在空白申请书上签名、盖章，签章之前，请再次核对您填写的内容。如您的联系电话及联系地址等客户信息发生变更，请及时办理更正手续。**

投保人签名：_____　　被保险人/监护人签名：_____　　受益人签名：_____

代办人签名：_____　　签署日期：_____年_____月_____日

应备文件一览表

序号	项目 \ 应备文件	保险计划变更申请书	保险合同原件	非服务代理人身份证明文件	健康及财务告知书	投保人有效身份证件	投保人签名	被保险人签名	关联申请书	申请条件
01	主险减少保额/保费	√	注 5	√		√	√			合同有效期内
02-1	新增附加险	√		√	√		√	√		长险：合同有效且在保单周年日前 30 天内； 短险：合同有效且在主险缴费期内（宽限期除外）
02-2	增加附加险保额	√		√	√		√	√		合同有效期内(宽限期除外)
02-3	减少附加险保额	√	注 5	√		√	√			长险：月缴/季缴/半年缴件在合同有效期内；年缴件在合同有效且在保单周年日前 30 天内；短险：合同有效期内
03	取消附加险	√	注 5	√		√	√			合同有效期内
04	变更缴费方式	√		√			√			长缴别变更为短缴别；合同有效期内 短缴别变更为长缴别：合同有效且已缴满对应长缴别
05	变更职业	√		√			√	√		合同有效期内
06	复效	√		√	√		√	√		合同效力中止之日起二年内
07	减额缴清	√		√			√			需同时满足以下条件：1. 合同有效且在周年日前 30 天内或宽限期内（续期保费未缴纳且生存金/年金未支付时）；2. 减额后的保险金额不得低于我司规定的最低承保金额
08	补充告知	√		√	√		√	√		保单状态终止前
09	关联关系	√		√			√		√	关联保单有效且万能账户已生效 关联保单有转入利益的才需递交《关联申请书》
10	自动续保选项变更	√		√			√			合同有效期内。仅适用于一年期非健康险及长期医疗保险

注：

1. 身份证明文件包括：有效期内的身份证、临时身份证、军人证、港澳居民往来内地通行证、台湾居民往来大陆通行证、港澳台居民居住证、外国公民护照及我司请您准备的其他辅助证明文件。
2. 对于申请时间在“保单周年日”前 30 天内的项目，同时要求在“保单周年日”前 5 天提供完整齐全的有效申请资料。
3. 一年期附加险的新增和变更，申请时间为合同有效且在主险缴费期内；长期附加险新增和变更，申请时间为保单周年日前 5-30 天内。
4. 若购买了保费豁免保险的，补充投保人健康告知时，不需被保险人签名同意。
5. 01、02-3、03 项变更，若保单在犹豫期内，需递交保险合同原件;非犹豫期内变更，则不需递交保险合同原件。

CS102