

保单权益变更申请书

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 ☐ 变更红利领取方式	☐ 累积生息 ☐ 抵交保险费 ☐ 现金领取 ☐ 交清增额 (此项只适用于条款中约定有此选项的险种)													
02 ☐ 变更生存金/年金领取频率或领取方式	变更对象: ☐ 1. 生存金 ☐ 2. 年金 变更领取频率为: ☐ 1. 年领 ☐ 2. 月领 (月领只适用于条款中有此属性的险种) 变更领取方式为: ☐ 1. 现金领取 ☐ 2. 累积生息													
03 ☐ 保险金领取 如同时变更满期受益人, 请同时留存满期受益人签名样式:	☐ 红利 ☐ 生存金 ☐ 年金 ☐ 溢交保险费 ☐ 满期金 满期金受益人联系电话: _____ (满期金受益人必须填写申请书下方个人税收居民身份声明)													
签名处	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">姓名</th> <th style="width: 10%;">性别</th> <th style="width: 20%;">出生日期</th> <th style="width: 10%;">国籍</th> <th style="width: 20%;">受益比例</th> <th style="width: 25%;">受益顺序</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> </tbody> </table>		姓名	性别	出生日期	国籍	受益比例	受益顺序	年 月 日					
	姓名	性别	出生日期	国籍	受益比例	受益顺序								
	年 月 日													
	受益人与被保险人关系: _____ 受益人与投保人关系: _____ 职业代码: _____													
	证件类型: ☐ 身份证 ☐ 其它 _____ 证件有效期至: _____ 年 月 日 ☐ 长期													
证件号码: _____ 电话: _____														
通讯地址: _____ 省/直辖市 _____ 市 _____ 区/县 _____ 邮编: _____														
☐ 保险合同遗失声明: 声明本保险合同作废, 日后因该作废保险合同发生的任何纠纷, 由本人承担全部责任。														
04 ☐ 变更年金首次领取日	☐ 生效后第十个保单周年日 ☐ 生效后第二十个保单周年日 ☐ 被保险人年满五十五周岁后的首个保单周年日 ☐ 被保险人年满六十周岁后的首个保单周年日 ☐ 被保险人年满六十五周岁后的首个保单周年日 ☐ 被保险人年满七十周岁后的首个保单周年日													
05 ☐ 变更年金给付比例	变更年金给付比例为: _____ %。 (最低为 1%, 以 0.1% 为单位增加, 最高为 20%)													
06 ☐ 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。														
个人税收居民身份声明: (如声明为第 2 或第 3 项, 请同时填写并提供《个人税收居民身份声明文件》)														
本人 _____, 声明: ☐ 1. 仅为中国税收居民 ☐ 2. 仅为非居民 ☐ 3. 既是中国税收居民又是其他国家 (地区) 税收居民。														
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 _____, 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单中的个人信息 (“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、规章及原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《保单权益变更申请书》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，《保单权益变更申请书》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。如您的电话、住所、通讯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	保单权益变更申请书	保险合同原件	非服务代理人身份证明文件	投保人有有效身份证件	被保人有有效身份证件	受益人有有效身份证件	存折\卡复印件	投保人签名	被保险人签名	申请条件
01	变更红利领取方式		√		√					√		合同有效期内
02	变更生存金/年金领取频率或领取方式		√		√					√	√	①领取频率：合同有效期内且生存金/年金派发日前 ②领取方式：合同有效期内且在最后一期生存金/年金派发日前
03	保险金领取		√	√	√	√	√	√		√	√	满期金：合同有效且在保单满期前 30 天内，或合同满期后 退溢交保费：合同生效后 红利、生存金/年金申请时间：保单状态终止前
04	变更年金首次领取日		√		√	√				√	√	合同有效期内（犹豫期后）且首次年金领取日前
05	变更年金给付比例		√		√	√				√	√	合同有效期内（犹豫期后）且首次年金领取日前

