

中国人民健康保险股份有限公司  
保险合同服务申请书（互联网业务专用）

提示：请您用黑色钢笔或签字笔在申请项目的□内打“√”，并在对应栏内填写所需变更的内容，无须变更的内容不用填写，填写的内容不允许涂改。  
为维护您的权益请勿在未经填写的空白服务申请书上签名，签名前请核对所填写的内容，若发生涂改本申请无效。

保单号：□□□□□□□□□□□□□□□□

申请人（角色选择：☐投保人 ☐被保险人 ☐受益人） 申请时间： 年 月 日

<input type="checkbox"/> 客户信息变更	姓名： 性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期： 年 月 日 国籍：
	证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 户口簿 <input type="checkbox"/> 其他 有效身份证件号码：
	证件有效期： <input type="checkbox"/> 长期 <input type="checkbox"/> 固定期限： 年 月 日至 年 月 日
	对上述变更信息确认签名：

<input type="checkbox"/> 更换投保人 新投保人签名：	新投保人姓名： 性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期： 年 月 日 婚姻： <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 其他
	证件类型： 证件号码： 证件有效期： 国籍： <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他
	工作单位： 岗位职务： 职业代码： 类别： 年收入：
	联系地址： 邮编： 与第一被保险人关系：
	住宅电话： 手机： E-MAIL：

<input type="checkbox"/> 续期交费账号 变更	开户银行： 银行留存手机：
	银行账号：
	投保人声明：本人申请变更银行卡缴费续保，并同意由“中国人民健康保险股份有限公司”每年/月从上述提供账号中自动扣除续保时的相应保费。特此声明！  账号所有人签名：

<input type="checkbox"/> 保单复效	失效原因： <input type="checkbox"/> 经济困难 <input type="checkbox"/> 未收到续期催收通知 <input type="checkbox"/> 账户变更 <input type="checkbox"/> 账户余额不足 <input type="checkbox"/> 转投其他险种 <input type="checkbox"/> 其他		
	<input type="checkbox"/> 整单复效 <input type="checkbox"/> 部分险种复效（请填写复效险种信息）		
	○险种代码： 险种名称： 被保险人：		
	○险种代码： 险种名称： 被保险人：		

<input type="checkbox"/> 变更身故受益人	被保险人	受益人姓名	与被保险人关系	证件类型	证件号码	证件有效期	受益顺位	受益比例
	□①□②□③							
<input type="checkbox"/> 受益人资料变更	□①□②□③							
	□①□②□③							
	被保险人签字：① ② ③							

<input type="checkbox"/> 投保事项变更	告知对象： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人
	告知原因： <input type="checkbox"/> 投保时未如实告知 <input type="checkbox"/> 保全项目中未如实告知 <input type="checkbox"/> 健康状况改善 <input type="checkbox"/> 变更或取消特别约定
	告知详细内容：  注：本栏未能详尽的，可另附页。

<input type="checkbox"/> 职业信息变更	工作单位： 岗位职务： 职业代码： 类别： 年收入：
---------------------------------	----------------------------

<input type="checkbox"/> 联系资料变更	联系地址： 邮编：
	住宅电话： 手机： E-MAIL：

<input type="checkbox"/> 其他变更	
-------------------------------	--

申请人声明：本人申请对以上勾选的变更事项进行变更，并认同保险合同变更申请书中勾选变更事项与本人真实变更意愿相符，同时知晓申请事项须经贵公司同意批准后生效，其生效日以批单文件所批准变更生效日为准。本人提交本保险合同变更申请书及本申请有关资料及各项声明、告知均完全属实。如上述资料不属实并影响贵公司决定是否承保，则任何依据此申请书缮发的保险合同或保险的批单无效。对于本人提出的保全申请，若在收到贵公司通知须确认相关事项 30 天内未做出答复，本次申请自动撤销。对于本次变更可能出现的补费或退费，本人选择通过本保单缴费账号转账的方式支付或领取。

申请人签名： 签署时间： 年 月 日

被保险人同意确认书

更换投保人	本人同意指定_____，身份证号码_____为本保单新投保人，新投保人与本人的关系为_____（父母/子女/配偶），特此声明！  被保险人签名：  签署时间：
变更身故受益人	本人同意指定_____，身份证号码_____为本保单受益人，受益人与本人的关系为_____（父母/子女/配偶），特此声明！  被保险人签名：  签署时间：

特殊情况说明栏

说明项目：_____	签名：  签署时间：
------------	------------------

投保人/被保险人声明

一、客户信息授权使用条款

本人授权贵公司可以从任何医疗机构、保险公司或任何组织和个人，就投保及后续保单服务或理赔相关事宜，查询或索取与投保人、被保险人相关的资料或证明。本人授权贵公司可以从第三方就有关投保、保全或理赔事宜查询、收集与本人相关的信息。本人同意贵公司将本人提供的信息、本人接受贵公司投保、保全或理赔产生的信息以及贵公司从第三方查询、收集的信息（包括本单证签署之前提供、查询收集和产生的），用于人保集团及其因服务必要而委托的第三方，向本人提供服务、推介产品、开展市场调查与信息数据分析。本人已对授权内容明确告知并取得投保人、被保险人及受益人同意。人保集团及其委托的第三方对上述个人信息依法承担保密和信息安全义务。本条中贵公司是指中国人民健康保险股份有限公司，“人保集团”是指中国人民保险集团股份有限公司及其作为控股股东、实际控制人的公司。本授权自本单证签署时生效，具有独立法律效力，不受合同成立与否及效力状态变化的影响。本人同意贵公司向中国银行保险信息技术管理有限公司（简称“中国保信”）报送本人的全部保单信息和理赔信息，并通过医疗机构、中国银保信及知悉本人信息的其他机构查询与本人有关的承保、理赔、医疗等信息。中国保信基于为本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，但均应严格履行保密义务。

二、保险款项转账收付授权客户须知

- 1. 账户持有人须以本人真实姓名开立银行账户，并自愿授权享受中国人民健康保险股份有限公司（以下简称本公司）使用指定银行账户（以下简称授权账户）用于保险款项转账收付；
- 2. 如果因授权账户错误、账户注销、账户金额不足或授权账户不符合本公司对授权账户要求而导致转账不成功，本公司无须承担由此引起的责任；
- 3. 如果申请事项存在退费，且申请人提供的账户为他人所有，本公司视同申请人可以从该账户中取得该笔退费，由此引起的纠纷，由申请人自行承担；
- 4. 本公司不对该授权账户的失窃或冒领承担责任；
- 5. 如果您申请的变更项目中，存在部分或全部申请项目不符合法律规定或者保险合同约定，则该部分或全部申请项目无效；
- 6. 本公司按规定进行客户退费回访工作，一般通过电话形式进行，为确保您的权益得到保障，请对回访问题如实答复。