

中国人民健康保险股份有限公司  
保险合同变更申请书（简易版）

请扫描二维码关注下载“人民健康”APP

提示：请您用黑色钢笔或签字笔在申请项目的□或○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                                                                                                | <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> |                       |  |
| 申请人（角色选择： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 受益人） |                                                                                                                                                                                                                                                             | 申请时间：_____年____月____日 |  |
| 变更项目                                                                                               | 变更后的内容                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |  |
| <input type="checkbox"/> 客户信息变更                                                                    | 姓名：_____ 性别：○男 ○女 出生日期：_____年____月____日 国籍：_____                                                                                                                                                                                                            |                       |  |
|                                                                                                    | 职业名称：_____ 代码：_____ 类别：_____ 年收入：_____                                                                                                                                                                                                                      |                       |  |
|                                                                                                    | 证件类型：○身份证 ○护照 ○户口簿 其他_____ 有效身份证件号码：_____                                                                                                                                                                                                                   |                       |  |
|                                                                                                    | 证件有效期：○长期 ○固定期限：_____年____月____日至_____年____月____日                                                                                                                                                                                                           |                       |  |
|                                                                                                    | 详细地址：_____省 / 直辖市 _____市 _____区 / 县 _____邮编：_____                                                                                                                                                                                                           |                       |  |
|                                                                                                    | 联系电话：○办公电话：_____ ○住宅电话：_____ ○手机：_____                                                                                                                                                                                                                      |                       |  |
|                                                                                                    | ○E-MAIL：_____ ○连带变更本人其他保险合同的客户信息                                                                                                                                                                                                                            |                       |  |
|                                                                                                    | 对上述变更信息确认签名：_____ 注：年龄变更后需重新补发保单，客户须缴纳制单费用                                                                                                                                                                                                                  |                       |  |
| <input type="checkbox"/> 账号变更                                                                      | □缴费账号（转账授权） □缴费方式 ○银行转账 ○自缴 ○其他_____                                                                                                                                                                                                                        |                       |  |
|                                                                                                    | □理赔金账号变更 开户银行：_____ 银行账号：_____ 账号所有人签名：_____                                                                                                                                                                                                                |                       |  |
| <input type="checkbox"/> 红利分配方式变更                                                                  | □累积生息 □现金领取                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |  |
|                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |  |
| <input type="checkbox"/> 生存金领取变更                                                                   | □累积生息 ○原续期缴费账号                                                                                                                                                                                                                                              |                       |  |
|                                                                                                    | □银行转账 ○新开账户：_____ 开户银行：_____ 银行账号：_____ 账号所有人签名：_____                                                                                                                                                                                                       |                       |  |
| <input type="checkbox"/> 预收保费                                                                      | □缴费方式 ○银行转账 ○自缴 ○其他_____                                                                                                                                                                                                                                    |                       |  |
|                                                                                                    | 开户银行：_____ 银行账号：_____ 账号所有人签名：_____                                                                                                                                                                                                                         |                       |  |
| <input type="checkbox"/> 保单挂失 / 解除                                                                 | □保单挂失 申请补发原因：○丢失 ○污损换发 ○其他_____                                                                                                                                                                                                                             |                       |  |
|                                                                                                    | □挂失解除 声明：自新保单补发之日起原保险单作废，自补发之日起因已作废的原保险单发生的任何纠纷，与贵公司无关                                                                                                                                                                                                      |                       |  |
| <input type="checkbox"/> 保单补发                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |  |
|                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |  |
| <input type="checkbox"/> 保单迁移                                                                      | 迁往城市：_____ 联系电话：_____ 联系地址：_____                                                                                                                                                                                                                            |                       |  |
|                                                                                                    | 邮政编码：_____ 交费方式：○银行转账 ○自缴 ○其他_____                                                                                                                                                                                                                          |                       |  |
| <input type="checkbox"/> 万能险服务项目                                                                   | 开户银行：_____ 银行账号：_____ 账号所有人签名：_____                                                                                                                                                                                                                         |                       |  |
|                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |  |
| <input type="checkbox"/> 授权标识变更                                                                    | □部分领取 险种名称：_____ 险种代码：_____                                                                                                                                                                                                                                 |                       |  |
|                                                                                                    | □追加保费 保费金额：_____ 拾万 万 仟 佰 拾 元整（大写）¥_____元                                                                                                                                                                                                                   |                       |  |
| <input type="checkbox"/> 其他变更                                                                      | □期缴保费变更 变更后期缴保费须符合险种条款及投保规则的约定                                                                                                                                                                                                                              |                       |  |
|                                                                                                    | □是 □否 可用于 _____ 开展推介产品□ 开展市场调查□ 信息数据分析□                                                                                                                                                                                                                     |                       |  |

## 客户信息授权使用条款

授权：本人授权贵公司可以从第三方就有关投保及后续保单服务或理赔服务事宜查询、收集与本人相关的信息。本人同意贵公司可将本人提供的前述信息、本人接受贵公司投保及后续保单服务或理赔服务产生的信息以及贵公司从中国银行保险信息技术管理有限公司等第三方查询、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，向本人提供投保及后续保单服务或理赔等服务，并可开展推介产品□、开展市场调查□、信息数据分析□（需勾选）。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。本人已对上述授权内容明确告知并取得被保险人及受益人同意。本条中贵公司是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。如取消或变更授权，可致电中国人民保险客服热线 95518 / 联系官方微信服务号“人保健康生活”申请。本人将通过在官方微信服务号“人保健康生活”线上注册方式，详细了解个人信息处理规则。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“中国银保信”）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。中国银保信基于为本人或保险公司提供服务的需要对上述信息进行必要的使用及相关机构进行信息共享，但应严格履行保密义务。

☐ 同意接受上述条款☐ 不同意接受上述条款

## 投保人 / 被保险人声明

本人申请以上勾选的变更事项，并认同保险合同变更申请书上与所申请变更事项内容相符，同时知晓申请事项须经贵公司同意批准后才生效，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，本人选择以下方式支付或领取：○本保单缴费账号转账○投保人保费余额

申请人签名：\_\_\_\_\_

签署时间：\_\_\_\_\_

代办人签名：\_\_\_\_\_

（如是业务员须填写所属部门：\_\_\_\_\_）

注：代办人办理业务时，须提供申请人亲笔签名的《授权委托书》

以下栏目为公司操作人员填写：

受理人：\_\_\_\_\_

受理时间：\_\_\_\_\_

受理意见：\_\_\_\_\_

备注：\_\_\_\_\_

## 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。