



珠江人寿客服

本公司受理簽章

保险合同变更申请书（客户信息变更类）

[illegible]

申请类型: 1 ☐ 本人申请

2 ☐ 委托他人代办 (请填写以下委托声明)

委托声明

根据贵公司业务规定，本人_____，身份证件号码为_____，现授权委托_____先生/女士（证件类型：_____，证件号码：_____），携带本人身份证件代为办理以下的保单变更事项，并同意变更生效日以贵公司出具的批注生效日为准。本人声明，由此授权委托引起的一切纠纷，均与贵公司无关。本委托自申请日期之日起 20 天内有效。

申请项目

☐ 01 变更通讯方式 ☐ 投保人 ☐ 被保险人	通讯地址：_____省/自治区/直辖市_____市_____区/县_____街														
	/路_____号/室			邮政编码：_____		_____		_____		_____					
	固定电话：_____			手机号码：_____			电子邮箱：_____								
☐ 02 变更职业 ☐ 投保人 ☐ 被保险人	工作单位：_____					工作内容：_____									
	职业：_____			入职时间：_____年_____月_____日			职业代码：_____								
☐ 03 变更投保人 新投保人签名样式	新投保人姓名：_____			性别：男_____女_____			出生日期：_____年_____月_____日								
	国籍：_____		证件类型：_____			证件号码：_____									
	职业：_____			职业代码：_____			证件起期：_____年_____月_____日		证件止期：_____年_____月_____日/□长期						
	通讯地址：_____省/自治区/直辖市_____市_____区/县_____街														
	/路_____号/室			邮政编码：_____		_____		_____		_____					
	固定电话：_____			手机号码：_____			电子邮箱：_____								
	平均年收入：_____万元			家庭年收入：_____万元			婚姻状况： ☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 其他_____								
	是被保险人的：_____			变更原因：_____											
	是否仅为中国税收居民：1 ☐ 是 2 ☐ 否（若“否”，请填写《个人税收居民身份声明文件》）														
	新投保人与原投保人声明：本人知悉并同意自此变更生效之日起，在本保险合同中新投保人与原投保人同等的权利义务，新投保人承接原投保人权益及义务；保险人对原投保人主张的权利可以对新投保人主张。														
☐ 04 变更受益人		1 ☐ 指定受益人（请填写相关信息；若指定受益人为非法定继承人，需另行填写《客户基本信息登记表》） 2 ☐ 法定受益人													
姓名	出生日期	性别	是被保险人的	受益顺位	受益比例	证件类型	证件起止日期		证件号码						
							起期：_____ 止期：_____								
移动电话：_____						固定电话：_____									
姓名	出生日期	性别	是被保险人的	受益顺位	受益比例	证件类型	证件起止日期		证件号码						
							起期：_____ 止期：_____								
移动电话：_____						固定电话：_____									
所有指定受益人是否仅为中国税收居民		1 ☐ 是 2 ☐ 否（若“否”，请填写《个人税收居民身份声明文件》；若存在多名受益人为非中国税收居民的情况，均需逐一填写《个人税收居民身份声明文件》）													
☐ 05 变更签名样式 ☐ 投保人 ☐ 被保险人		新签名样式：_____ 本人声明：1、今后凡涉及保险合同的一切签名均按以上提供的签名样式为准； 2、原投保书及健康告知书上所填写的资料真实有效。													
☐ 06 变更个人资料 （如变更投保人/被保险人“姓名”请提供新签名样式） ☐ 变更投保人资料 ☐ 变更被保险人资料 ☐ 变更受益人资料		☐ 姓名		☐ 性别		☐ 国籍		☐ 出生日期		☐ 证件类型		☐ 证件号码		☐ 证件有效期	
		姓名：_____			性别：男_____女_____			国籍：_____			出生日期：_____年_____月_____日				
		证件起期：_____年_____月_____日			证件止期：_____年_____月_____日/□长期			证件类型：_____			证件号码：_____				
		请详细说明造成此种情况的原因：_____ （若您作为投保人、被保险人及受益人在我司还有其它保单，本次变更亦同时适用于其它保单）													
☐ 07 备注															

客户个人信息授权与声明

本人在此声明已知悉、理解并同意下述内容：

- 1、本人在办理业务时已经通过贵公司官网（网址：www.prlife.com.cn）阅读理解《珠江人寿用户信息授权及个人信息保护政策》，并完全同意《珠江人寿用户信息授权及个人信息保护政策》的全部内容。如本人不同意《珠江人寿用户信息授权及个人信息保护政策》或本《客户个人信息授权与声明》全部或部分内容，则可能无法享受贵公司提供的某些产品或服务，或者无法达到使用相关服务拟达到的效果。
- 2、本人提交给贵公司的个人信息是在充分知情的前提下自愿提供的真实信息，如因订立、履行保险合同或者配合贵公司履行法定义务需向贵公司提供除本人外其他任何人的个人信息，在提供前本人已获得个人信息主体的授权同意。
- 3、本人提供的投保人、被保险人及受益人个人信息，保险合同变更相关的健康、财务、转账授权及其他告知信息均属实无误，若信息不实，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。
- 4、在中国法律允许的范围内，为提供保险服务的需要，贵公司有权向必要的合作伙伴在合理的范围内传输或提供本人的个人信息。但贵公司应努力确保该等第三方在使用本人的个人信息时遵守法律法规、合作协议、《珠江人寿用户信息授权及个人信息保护政策》及贵公司要求其遵守的其他适当的保密和安全措施，并要求该等第三方仅将共享的个人信息用于与贵公司的服务相关的特定用途。如要改变个人信息的处理目的，该等第三方应再次征求本人的授权同意。本人已经通过《珠江人寿用户信息授权及个人信息保护政策》充分理解和同意接收方的名称或者姓名、联系方式、处理目的等法律法规规定贵公司应向本人告知的事项。
- 5、贵公司有权向中国银行保险信息技术管理有限公司（简称“中国银保信”）报送本人本次申请的保全信息。中国银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。
- 6、在中国法律允许或要求的范围内，贵公司有权将个人信息及保单信息提供给投保当地保险行业协会信息平台以做合理利用，并同意贵公司和投保当地保险行业协会向本人所提供手机号码发送免费的投保短信提示。

银行转账授权声明

投保人/被保险人（以下简称**本人**）自愿对**珠江人寿保险股份有限公司**（以下简称**贵公司**）及下列开户银行（以下简称**银行**）授权如下：

- 1、本人授权贵公司及银行，将保险合同约定或法律规定应支付给本人或应由本人缴纳的款项转入下列结算账户或从下列结算账户划扣；
- 2、如本人终止下列结算账户的授权或变更结算账户，应提前 30 天向贵公司递交书面申请；
- 3、本人声明：
 - 1) 本人将尽量保持结算账户的稳定性；如需变更授权账号，请以最后一次授权的结算账户为准；
 - 2) 贵公司将应支付给本人的款项转账至下列结算账户，即视为本人已领取相应款项，由此产生的任何后果和责任均由本人承担，与贵公司无关；
 - 3) 本人授权的结算账户如用于缴纳续期保费、领取生存金或红利，则本授权持续有效；如缴纳其他费用，本授权有效期为 60 天；
 - 4) 因不可归责于贵公司或银行的事由，导致不能及时收款或费用划扣等责任，由本人承担。

转账授权	开户银行：	户名：																
	账户号码：																	

温馨提示：为了确保您的权益，请勿在空白申请书上签名。签名之前，请再次核对您填写的内容。

投保人签名：_____ 被保险人或其监护人签名：_____ 代办人/服务人员签名：_____

申请日期：_____年____月____日 申请日期：_____年____月____日 申请日期：_____年____月____日

投保人联系电话：_____ 被保险人或其监护人联系电话：_____ 代办人/服务人员联系电话：_____