

平安健康保险股份有限公司

PING AN HEALTH INSURANCE COMPANY OF CHINA,LTD.

个人人身保险契约变更申请书  
信息类申请

A. 基本申请信息

保单号			
投保人		被保险人	

B. 变更项目

□联系信息变更	联系地址	( )省/直辖市( )市( )市/县/区 详细地址:( )			
	邮编		联系电话		E-Mail
□满期缴费方式变更	缴费方式: <input type="checkbox"/> 转账 <input type="checkbox"/> 非转账 (需要投保人手工缴费)				
	开户银行		分行		
	户主		账号		
	<b>第三方转账付费授权声明:</b> 账户所有人与投保人关系: <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他:( ) 本人(户主)已确认并同意投保人使用本人账户支付指定保单后续各期保费。 账户所有人签名:( )				
□投保人变更	新投保人		与被保人关系		
	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日		
	证件类型		证件号		
	投保人变更请同时填写“满期交费方式变更”项目; 若新投保人在我司无历史投保/参保记录,请同时填写“联系信息变更”项目。				
□理赔账号变更(生存受益人)	开户银行		分行		
	账户所有人		账号		
□身故受益人变更	新身故受益人姓名		与被保人关系	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他:( )	
	证件类型		证件号		
	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日		
	受益顺序		受益比例		
	联系地址				
	邮编		联系电话		
	理赔账号信息				
	开户银行		分行		

	账户所有人		账号	
	如有多个身故受益人，请在下面空白处分别说明：			
□ 转账失败信息更正	开户银行		分行	
	户主		账号	
□ 其他	申请详情			

### C. 申请注意事项

- 1、 若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的，该申请项目无效。
- 2、 请保持申请书签名与留存于本公司的签名样本一致。为维护您的权益，请勿在空白申请书上签名。

### D. 委托授权及申请确认

本人授权平安集团，除法律另有规定之外，将本人提供给平安集团的信息、享受平安集团服务产生的信息（包括本〔单证〕签署之前提供和产生的信息）以及平安集团根据本条约定查询、收集的信息，用于平安集团及其因服务必要委托的合作伙伴为本人提供服务、推荐产品、开展市场调查与信息数据分析。

本人授权平安集团，除法律另有规定之外，基于为本人提供更优质服务和产品的目的，向平安集团因服务必要开展合作的伙伴提供、查询、收集本人的信息。

为确保本人信息的安全，平安集团及其合作伙伴对上述信息负有保密义务，并采取各种措施保证信息安全。

本条款自本〔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。本条所称“平安集团”是指中国平安保险（集团）股份有限公司及其直接或间接控股的公司，以及中国平安保险（集团）股份有限公司直接或间接作为其单一最大股东的公司。

如您不同意上述授权条款的部分或全部，可（致电客服热线（95511））取消或变更授权。

办理人  本人申请  委托服务人员代办  委托他人代办

#### 授权人（申请资格人）委托声明：

本人（申请资格人）已经仔细阅读并同意申请书填写相关注意事项，现全权委托 \_\_\_\_\_（受托人）办理以上指定申请事项，日后如有任何法律纠纷由本人自行负责，特此声明。

投保人		被保险人或其监护人	
新投保人		申请日期	
受托人		受托人联系电话	



平安健康APP

#### 平安健康APP

第一款提供投保、就医、理赔、健康管理全流程服务的专业健康险APP

健康保险 就医服务 健康管理

服务热线: 95511-7 (中文)

4008833663-2 (English)