

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
涉费类申请

A. 基本申请信息

保单号			
投保人		被保险人	

B. 变更项目

* <input type="checkbox"/> 加人	被保险人姓名		证件类型	
	证件号			
	生日		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	婚姻状况		职业	
	社保状况	<input type="checkbox"/> 享有社保。 <input type="checkbox"/> 不享有社保		
	与投保人关系	<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： ()	与第一被保险人关系	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他： ()
<input type="checkbox"/> 减人/退保	<input type="checkbox"/> 整单犹豫期退保 <input type="checkbox"/> 整单退保			
	<input type="checkbox"/> 家庭单减少被保险人 被保险人姓名： ()			
	退保原因及备注： ()			
* <input type="checkbox"/> 保障变更	现计划		新计划	
<input type="checkbox"/> 社保状况变更	<input type="checkbox"/> 被保险人变更为享有社保。 <input type="checkbox"/> 被保险人变更为不享有社保。 变更生效日期：_____			
<input type="checkbox"/> 保单挂失补发	<input type="checkbox"/> 挂失 <input type="checkbox"/> 挂失解除 <input type="checkbox"/> 补发纸质保单 (将收取10元工本费)			

	若申请补发保单，则自补发之日起，原保单自动作废，且挂失状态自动取消。	
<input type="checkbox"/> 客户资料变更	对象姓名	
	更正内容	<input type="checkbox"/> 证件类型 <input type="checkbox"/> 证件号 <input type="checkbox"/> 性别 <input type="checkbox"/> 生日 <input type="checkbox"/> 职业 <input type="checkbox"/> 其它
	原为	
	更正为	
* <input type="checkbox"/> 补充告知	告知详情	
<input type="checkbox"/> 预收退费	退费金额	
* <input type="checkbox"/> 保单复效	请同时提供个人健康告知	
<input type="checkbox"/> 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。
- 3、申请带“*”的项目，应根据要求提供相关健康/财务告知材料。

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。

账户信息（借记卡）	开户银行		开户省市	
	户主		银行账号	
注意事项： 1、我司将优先按原支付方式进行退费，若未能识别原支付方式，将按如上填写的账户信息进行转账退费。 2、我司将按如上填写的账户信息进行收费。				

第三方转账付费授权声明：
缴费确认：本人（账户户主）已确认并同意投保人使用本人账户支付上述申请中涉及的保单保费。
 账户所有人签名：_____

退费确认：如果授权人（申请资格人）提供的账户为他人所有，本公司视同授权人可以从该账户中取得该笔退费，由此引起的纠纷，由授权人自行承担；
 申请资格人签名：_____

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。

签名栏

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

服务热线：95511-7（中文）
4008833663-2（English）



下载平安健康APP，您可尊享以下权益：



在线保单管理



极速自助理赔



实时智能问诊



轻松健康管理

更多升级服务，扫码即刻体验！