

保全受理号: _____

保全作业申请书—客户层变更类



PA151



新华人寿保险股份有限公司

NEW CHINA LIFE INSURANCE CO.,LTD.

全国统一客户服务热线: 95567

保单号码: _____ 投保人: _____ 被保险人: _____

填写说明: 在所选变更项目前内打勾, 并填写具体变更内容; 若变更项目有未尽事宜请于第5项填写; 若勾选第3项须同时填写健康告知书; **请您仔细阅读客户声明后签名。**

客户信息	1 <input type="checkbox"/> 客户重要资料变更 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人	姓名 _____ 性别 _____ 出生日期 _____ 证件类型 _____ 证件号码 <input type="text"/>
	2 <input type="checkbox"/> 客户地址信息变更	_____ 省/直辖市 _____ 市 _____ 区/县 _____ 邮政编码 <input type="text"/> 移动电话 _____ 办公电话 _____ 传真电话 _____ 住宅电话 _____ 工作单位 _____ 电子邮箱 _____
其他内容变更	3 <input type="checkbox"/> 增补告知	<input type="checkbox"/> 01-健康告知(个险) <input type="checkbox"/> 02-健康告知(银代) <input type="checkbox"/> 03-健康告知(电话直销) 请同时填写健康告知-PA171 <input type="checkbox"/> 04-财务及其他告知 <input type="checkbox"/> 05-职业类别告知 <input type="checkbox"/> 06-业务员告知 告知编码 _____ 告知内容 _____
	4 <input type="checkbox"/> 本次收、付费	<input type="checkbox"/> 现金 <input type="checkbox"/> 委托银行转账 <input type="checkbox"/> 网上支付 <input type="checkbox"/> (客户) 账户支付 户名: _____ 开户银行: _____ 账号: <input type="text"/> 声明: 本人是以真实姓名开立结算账户, 并自愿授权贵公司使用指定银行账户用于保险款项转账收付。
	5 <input type="checkbox"/> 其他未尽事宜	_____

客户声明:

- 1、投保人及被保险人在申请书中的所有陈述和告知均完整、真实。如有隐瞒或日后发现与事实不符, 即使保全申请已确认, 贵公司仍可依法解除本保险合同, 不负赔偿与给付责任。
- 2、投保人及被保险人授权贵公司在必要时可随时向被保险人所诊治的医院或医师及有关机构, 查询有关记录、诊断证明, 投保人和被保险人均无异议。
- 3、投保人及被保险人增补健康告知时, 贵公司有权对告知对象的所有相关保单进行重新审核。并同意配合在接到贵公司通知后30日内完成相关的体检、补充资料等调查工作和确认新的核保决定。
- 4、投保人及被保险人所提供的全部个人资料, 仅限于贵公司为其提供高质量的客户服务之用。贵公司对其个人信息负有保密义务。
- 5、如有多份保单同时变更且投保人不同时, 需投保人签名:
①保单号码 _____ 投保人签名 _____
②保单号码 _____ 投保人签名 _____
③保单号码 _____ 投保人签名 _____

如委托他人办理填写事项:

根据贵公司保全业务规则的规定, 现委托 _____ 先生/女士(证件类型 _____ 证件号码) 前往贵公司申请办理上述保单的变更事宜。本授权委托的有效期限至 _____ 年 _____ 月 _____ 日止。(建议委托有效期在十日之内)

委托人签名: _____ 年 月 日

投保人签名: _____ 证件类型: _____ 证件号码:

被保险人或其监护人签名: _____ 证件类型: _____ 证件号码:

其他被保险人或其监护人签名: _____ 证件类型: _____ 证件号码:

年 月 日

业务员: _____ 业务员代码: _____ 营业部: _____ 营销组: _____

年 月 日

复核人员: _____ 年 月 日 受理人员: _____ 年 月 日

存档资料共计: _____ 页