

个人保险合同保全申请书

保单号：_____ 投保人姓名：_____ 申请日期：_____

一、客户填写说明：

1. 请用黑色、黑蓝色钢笔或签字笔填写，要求字迹清晰、工整，内容正确、完整。
2. 请保持申请书签名与留存于本公司的签名样本一致，若签名发生变化，还需向我公司申请变更。
3. 为维护您的权益，请勿在空白申请书上签名。
4. 申请书不可涂改，若涂改请在相应处签名确认。

二、客户须知：

1. 账户所有人须以本人真实姓名开立结算账户，并自愿授权复星联合健康保险股份有限公司（以下简称“本公司”）使用指定银行结算账户（以下简称“授权账户”）用于保险款项转账收付。
2. 如果因申请人提供的授权账户错误、账户注销、账户余额不足或者不符合本公司对授权账户的要求而导致转账不成功，本公司无需承担由此引起的责任。
3. 本公司不对该授权账户的失窃或冒领承担责任。

三、收付费类保全项目和内容

1. ☐ 犹豫期内解除合同 请同时交回保险费发票或保险费收据原件，并请注意“重要提示”内容且慎重考虑。	☐ 整单退保 ☐ 附加险退保：退保险种名称（附加险退保时填写）_____； 退保险种名称（附加险退保时填写）_____； 退保申请原因：☐ 个人经济原因 ☐ 险种不理想 ☐ 服务不满意 ☐ 出国移居 ☐ 其它(请注明) _____ ☐ 原保单遗失，本人声明原保单作废。投保人签名：_____ ★重要提示： 1. 犹豫期内解除合同：自签收合同次日起有 15 个自然日的犹豫期，如果您在犹豫期内提出退保要求，我公司将扣除不超过 10 元工本费后无息退还保险费。 2. 解除合同：保险合同自我公司完成解除保险合同之日起终止；解除主险保险合同时，其附加险同时解除。解除合同会有损失，请慎重选择。												
2. ☐ 解除合同 请注意“重要提示”内容且慎重考虑。	★重要提示： 1. 犹豫期内解除合同：自签收合同次日起有 15 个自然日的犹豫期，如果您在犹豫期内提出退保要求，我公司将扣除不超过 10 元工本费后无息退还保险费。 2. 解除合同：保险合同自我公司完成解除保险合同之日起终止；解除主险保险合同时，其附加险同时解除。解除合同会有损失，请慎重选择。												
3. ☐ 保费自垫清偿	本金及利息需一并全部清偿。												
4. ☐ 新增附加险 请同时填写《健康及财务告知》。	<table border="1"> <thead> <tr> <th>险种名称</th> <th>交费年期</th> <th>保险期间</th> <th>保额（元）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	险种名称	交费年期	保险期间	保额（元）	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
险种名称	交费年期	保险期间	保额（元）										
_____	_____	_____	_____										
_____	_____	_____	_____										
5. ☐ 新增被保险人 请同时填写《健康及财务告知》。	姓名：_____ 性别：☐ 男 ☐ 女 出生日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 国籍：_____ 户口所在地：_____（省/市） 证件类型：_____ 证件号码：_____ 证件有效期至到期日：_____ 年 _____ 月 _____ 日/□长期 与投保人的关系：☐ 父母 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 其他 _____ 与主被保险人的关系：☐ 父母 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 其他 _____ 职业：_____ 工作单位：_____ ★重要提示：保险合同中，无“新增被保险人”条款的不能新增被保险人；且新增被保险人需为保单生效之后出生的新生儿（含双胞胎）或保单生效后结婚的夫妻一方。												
6. ☐ 保单复效 请同时填写《健康及财务告知》，并阅读理解“重要提示”内容。	☐ 主险 ☐ 主险+附加险（附加险是否可以复效详见条款） ★重要提示： 1. 保险合同中，无“效力恢复”条款的险种不能一同复效。 2. 保险合同中，有“效力恢复”条款的险种自复效生效日起，重新计算观察期及等待期。												
7. ☐ 减少保额 ☐ 增加保额请同时填写《健康及财务告知》	<table border="1"> <thead> <tr> <th>险种名称</th> <th>交费年期</th> <th>保险期间</th> <th>保额（元）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> ★重要提示：保险合同中，无“增加保额”条款的险种不能申请新增保额。	险种名称	交费年期	保险期间	保额（元）	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
险种名称	交费年期	保险期间	保额（元）										
_____	_____	_____	_____										
_____	_____	_____	_____										
8. ☐ 减额交清	★重要提示：主险办理减额交清之前，应对其所有有效的附加险申请退保处理。												
9. ☐ 补充告知	告知对象：☐ 投保人 ☐ 被保险人 请同时填写《健康及财务告知》。												
10. ☐ 客户重要资料变更（含个人税收居民信息变更）	变更对象：☐ 投保人 ☐ 被保险人 姓名：_____ 性别：☐ 男 ☐ 女 出生日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 证件类型：_____ 证件有效期至到期日：_____ 年 _____ 月 _____ 日/□长期 证件号码：_____ 国籍：_____ 户籍所在地：_____（省/市）												

	投保人税收居民身份： ☐ 仅为中国税收居民 ☐ 其他（若勾选其他，请填写《个人所得税居民身份声明书》） ★重要提示：如做投保人姓名变更，请记得同时勾选下行的续期交费账号变更。																												
11. ☐ 补发合同	保险合同补发申请补发原因： ☐ 丢失 ☐ 污损换发 ☐ 其他 声明：自新保险合同补发之日起原保险单作废，后续因已作废的原保险合同发生的任何纠纷，与保险公司无关。（保险单补发将收取 10 元工本费）																												
12. ☐ 职业变更	变更对象： ☐ 投保人 ☐ 被保险人 变更后的职业：_____ 工作单位：_____ 有无兼职： ☐ 无 ☐ 有_____																												
四、非收付费类保全项目和内容																													
13. ☐ 客户电话地址变更	变更对象： ☐ 投保人 ☐ 被保险人 保单联系地址：_____ 省 _____ 市 _____ 区（县） _____ 邮政编码：_____ 手机号码：_____ 固定电话（区号+号码）：_____																												
14. ☐ 续期交费账号变更	银行信息：户名（投保人）：_____ 开户行名称：_____ 银行 _____ 分行 _____ 支行 _____ ☐ 借记卡 ☐ 存折 活期结算帐号： <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																												
15. ☐ 自垫选择权变更	☐ 自动垫交 宽限期结束时您仍未交当期保费，保单将自动垫交处理。 ☐ 非自动垫交 宽限期结束时您仍未交当期保费，合同所有权同时中止。																												
16. ☐ 投保人变更 投保的险种若涉及投保人豁免责任的，请同时填写《健康及财务告知》。 请同时做续期交费账号变更。 ★在填写完右栏投保人信息后，请新投保人签名确认：	姓名：_____ 性别： ☐ 男 ☐ 女 出生日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 国籍：_____ 户口所在地：_____（省/市） 证件类型：_____ 证件号码： <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 证件有效期至到期日：_____ 年 _____ 月 _____ 日/ ☐ 长期 个人/家庭税前年收入（万元）：_____ / _____ 与被保险人的关系： ☐ 父母 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 其他 _____ 职业：_____ 工作单位：_____ 有无公费医疗/社保/其他费用补偿医疗保险： ☐ 有 ☐ 无 联系地址：_____ 省 _____ 市 _____ 区（县） _____ 邮编：_____ 联系电话：手机 _____ 固话（区号+号码） _____ 电子邮箱：_____ 投保人税收居民身份： ☐ 仅为中国税收居民 ☐ 其他（若勾选其他，请填写《个人所得税居民身份声明书》）																												
17. ☐ 客户签名风格变更	变更对象： ☐ 投保人 ☐ 被保险人 原变更对象签名：_____ 新变更对象签名：_____																												
18. ☐ 受益人变更 1、请投、被保险人须同时签字 2、如仅为中国税收居民为“否”需填写《个人所得税居民身份声明书》	针对被保险人姓名	受益人姓名	是被保险人的	证件类型	证件号码	是否仅为中国税收居民	受益顺序	受益份额（%）																					
19. ☐ 其他																													
四、保险款项收付银行账户信息：																													
☐ 原续期缴费账号 ☐ 新账号 户名（投保人）：_____ 开户行名称：_____ 银行 _____ 分行 _____ 支行 _____ ☐ 借记卡 ☐ 存折 活期结算帐号： <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																													
五、申请方式：																													
☐ 客户亲自办理 ☐ 委托复星联合业务人员代办 ☐ 委托其他人代办																													
六、客户签字：																													
投保人签名：			被保险人或其监护人签名：			受益人或其监护人签名：																							
日期：			日期：			日期：																							
七、委托授权书（若委托他人代办请填写以下内容）：																													
本人（ ☐ 投保人 ☐ 被保险人 ☐ 受益人）现授权委托 _____ 先生/女士（有效身份证件号码/复星健康保险业务员代码：_____）携带本人有效身份证明文件及贵公司要求的必备文件，前往贵公司代为办理上述保单的 _____ 事宜。本人声明，由此引发的一切纠纷与贵公司无关。本授权自签署之日起五天内有效。																													
委托人签名：			受托人签名：																										
联系电话：			联系电话：																										
八、复星健康保险受理人员填写：																													
受理人签名：			受理日期：																										