



613

团体保险合同个人申请书



保险合同号： 被保险人名称： 申请日期： 年 月 日

第一部分 温馨提示

- 1.请您用黑色钢笔或签字笔在变更项目前的□内打√，并用正楷填写申请内容。
- 2.您所申请的变更项目，经本公司审核同意，出具批单后生效。
- 3.若您在我公司留存的身份证明有效期限与您本次提供的身份证明有效期限不一致，我们将按照您本次提供的身份证明有效期限对留存信息进行更新。

个人税收居民身份声明 ☐ I .仅为中国税收居民 ☐ II .仅为非居民 ☐ III .既是中国税收居民又是其他国家（地区）税收居民
若勾选 II 或 III 项，请填写《个人税收居民身份声明文件》

第二部分 申请项目

1□生存金领取	☐ 全部领取 ☐ 部分领取： 元 领取金额大于等于1万元时，请在下方填写生存受益人的基本信息。	
	姓名：	性别： ☐ 男 ☐ 女 出生日期： 证件类型：
	证件号码：	证件有效期： 至 或 ☐ 长期
	与投保人关系：	与被保险人关系：
	国籍：	职业： 移动电话：
2□生存金转账授权及取消	☐ 开通生存金自动转账 ☐ 取消生存金自动转账	
	1.若年金领取方式为月领，每月领取金额小于人民币1万元时，您可以选择授权开通生存金自动转账服务。单次授权自动转账的期限为12个月，授权到期后停止自动转账，直至重新授权后恢复。	
	2.若您在我公司留存的有效身份证件已过期，我公司将立即停止自动转账，直至您更新证件有效期后恢复。	
	3.请您在下方填写并仔细核对生存金自动转账授权账户信息。如果因您的授权账户错误、账户注销、或者不符合我公司对授权账户的要求而导致转账不成功，我公司将不承担由此引起的责任。若后继您的授权账户发生变化，请您及时向我司提出变更申请。	
	开户银行：	开户银行所在地： 省 市
3□部分领取	个人账户单位交费已归属部分	领取金额：¥ 元
	个人账户个人交费部分	领取金额：¥ 元
4□追加保险费	个人账户个人交费部分	☐ 追加金额： 元
5□年金领取变更	领取方式： ☐ 月领 ☐ 年领 ☐ 一次性领取	
	领取额度： ☐ 按固定额度： 元 ☐ 按固定比例： %	
	开始领取日：	
6□其他		

第三部分 收付费账户信息 若您申请的保全项目涉及付费时，请填写以下内容。

请在下方填写银行账户信息并仔细核对无误，如果因您的授权账户错误、账户注销、或者不符合我公司对授权账户的要求而导致转账不成功，我公司将不承担由此引起的责任。

开户银行： 开户银行所在地： 省 市 银行预留号码：
户名： 银行账号：

第四部分 申请人声明与授权 为维护您的权益，请勿在空白的申请书上签名和盖章，请仔细阅读声明内容并核对您所填写的资料。

- 1.本人同意并已征得被保险人或其监护人、受益人同意，授权国宝人寿、再保险公司及其他可能开展合作的与本保险合同相关的保险中介机构或保险监管机构因业务必需而查阅并使用被保险人的与业务或服务有关的必要资料，包括但不限于个人信息、财务资料、健康资料及相关司法材料，授权被保险人的有关医疗机构及其他机构，提供被保险人的有关记录予国宝人寿、与国宝人寿合作的再保险公司及其他可能开展合作的保险中介机构或保险调查机构。
- 2.本人同意并已征得被保险人或其监护人、受益人同意，授权国宝人寿、再保险公司、相关保险中介机构、保险调查机构、监管机构、行业协会以及增值服务供应商等因业务及服务必要而对本人、被保险人、受益人的个人信息进行收集、查询、统计、存储、传输、使用、处理、加工、删除等，以上信息使用主体对本单位、被保险人、受益人个人信息依法承担保密和信息安全保护义务。
- 3.本人同意国宝人寿为提供保险服务的需要可将本人及被保险人的个人信息(包括投保、承保、理赔、医疗、健康等信息)提供给中国银行保险信息技术管理有限公司(简称“中国银保信”，联系方式:privacy@cbit.com.cn)，中国银保信可以对上述信息进行收集、加工并传递给国宝人寿保险股份有限公司用于实现上述目的，但均应严格履行保密义务，不会对个人权益造成非法侵害。

被保险人签名： 生存受益人（监护人）签名：
签署日期： 年 月 日 签署日期： 年 月 日

业务批单反馈方式：☐保单服务人员转送 ☐无需批单 业务批单是我公司受理您的保全申请并处理完后，出具的保险合同内容变更凭证。

如您委托他人代办保全业务时，请填写以下信息			
授权委托书			
致国宝人寿保险股份有限公司： 本人□生存受益人或其监护人 现授权委托 _____ 先生/女士（有效身份证件号码/销售人员代码： _____ / _____， 联系电话： _____）携带本人、受托人有效身份证明及其他必备文件前往贵公司代为办理上述保单的 _____ _____事宜。			
委托人与受托人的关系是： ☐ 保险销售人员 ☐ 亲属 ☐ 朋友 ☐ 其他： _____ 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 30 天内有效。			
委托人签名： _____		受托人签名： _____	
签署日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日	签署日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日	签署日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日	签署日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日
以下栏位由保险公司工作人员填写			
保单服务人员签名： _____		签名日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日	
保险公司受理人签名： _____		受理日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日	
备注栏： _____			