

指定/撤销第二投保人申请书

保险合同号											申请日期	____年____月____日											
本人已认真阅读并理解以下事项： 1. 投保人指定的第二投保人须对被保险人具有保险利益，否则指定无效。 2. 若在本保险合同有效期内投保人身故，第二投保人应在知道或应当知道投保人身故后两年内向鼎诚人寿保险有限责任公司（以下简称“鼎诚人寿”）申请变更其为本保险合同的新投保人，且第二投保人需符合当时的监管规定及公司核保政策，经鼎诚人寿同意并批注后变更生效，本保险合同项下的全部权利义务由原投保人转移至新投保人。若第二投保人未于知道或应当知道投保人身故后两年内向保险公司提出申请、或申请但未审核通过、或主动放弃的，鼎诚人寿则按未指定第二投保人的方式进行处理。 3. 若投保人在本保险合同有效期内另行以书面形式通知公司变更指定第二投保人，原指定第二投保人自动失效，无需获得原第二投保人同意。 4. 若投保人在本保险合同有效期内申请变更投保人，原指定第二投保人自动失效，无需获得原第二投保人同意。 5. 若在本次指定之前，投保人已指定过第二投保人，则在申请办理本次指定第二投保人时，同时撤销之前指定的第二投保人。 6. 若指定的第二投保人在向鼎诚人寿申请变更投保人前身故，则视为原指定第二投保人自动失效。 7. 鼎诚人寿不接受第二投保人在本保险合同有效期内将其相关权利转让至第三人。 8. 投保人应确保指定第二投保人行为合法有效且不侵害其他继承人的合法权益，若产生保险合同相关利益纠纷，以司法机关的司法结论为准，鼎诚人寿不承担相应责任。 9. 若投保人对指定第二投保人的意愿或安排有任何变化，需及时以书面形式通知鼎诚人寿，否则鼎诚人寿仍将依据投保人此前作出的最新的书面指定进行处理，由此引发的任何争议或纠纷均由投保人及相关人员自行处理并承担一切后果，鼎诚人寿对此不承担任何责任。 10. 本人确认提交鼎诚人寿的个人信息为本人自愿提供的真实信息，本人提供的被保险人及第二投保人的个人信息均已获得个人信息主体的明确授权同意。投保人、被保险人及第二投保人信息均准确无误。 11. 本人充分理解并同意，基于本人的同意、履行保险合同的必要以及其他合法理由，鼎诚人寿有权从本人处或合法持有本人个人信息的第三方机构收集、记录、核实、处理本人个人信息，包括但不限于手机号码、身份证件号码、财产信息、个人健康生理信息、保单信息、位置信息、保单服务、医疗记录、病历及各类检查资料和涉嫌欺诈、洗钱、恐怖主义等信息，并对本人的个人信息进行妥善记录和保存。未经本人授权，鼎诚人寿不会将个人信息用于人身保险和其他合作机构的销售活动。为确保信息安全，鼎诚人寿及其合作机构应采取有效措施并承担保密义务。																							
本人已理解并同意以上条款，填写以下内容后签字确认：																							
申请人 基本信息		姓 名					性 别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		国家/地区					联系电话								
		职 业					职业代码			证件有效期间	____年__月__日至____年__月__日 <input type="checkbox"/> 长期												
		证件类型					证件号码																
		联系地址	____省/自治区____市____区/县____																				
		个人税收居民身份	<input type="checkbox"/> 仅为中国税收居民 <input type="checkbox"/> 仅为非居民 <input type="checkbox"/> 既是中国税收居民又是其他国家（地区）税收居民																				
		如税收居民身份仅为非居民，或既是中国税收居民又是其他国家或地区税收居民，需填写《个人税收居民身份声明文件》。																					
<input type="checkbox"/> 指定第二投保人		姓 名					与被保险人关系	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女															
		性 别					国家/地区																
		职 业					证件类型																
		证件号码					证件有效期间	____年__月__日至____年__月__日 <input type="checkbox"/> 长期															
		联系电话					电子邮箱																
		联系地址	____省/自治区____市____区/县____																				
<input type="checkbox"/> 撤销第二投保人		申请撤销原指定的本保险合同的第二投保人																					
申请方式		<input type="checkbox"/> 本人亲办 <input type="checkbox"/> 委托业务人员代办 <input type="checkbox"/> 委托其他人代办																					
备 注																							
申请人声明：本人同意授权委托____办理____事项，授权期间自____年____月____日至____年____月____日，由此产生的后果由本人自负。																							
※投保人、被保险人及指定第二投保人务必亲自签名，其中投保人及被保险人的签名与留存在本公司的签名保持一致；未成年人须由监护人代签。																							
投保人签名						被保险人/法定监护人签名								第二投保人签名									
代办人签名		证 件 类 型						证件号码															
		业务人员代码						联系电话															
受理人签名										受理日期													