



## 生存金/满期保险金/年金/红利领取申请书

**填写说明:**

- 请您填写真实、完整的申请资格人信息，并在客户信息发生变更时，及时通知英大泰和人寿保险股份有限公司（以下简称我公司）。若您提供的信息不完整或不真实，在您的保险合同状态发生变化时，可能无法及时收到我公司通知，影响您的保险合同相关利益。填写前请您仔细阅读申请书正面的客户须知。
- 请保持申请书签名与留存我公司的签名样本一致。
- 涉及给付的项目还须填写“保险款项支付方式”栏信息。

保险合同号: \_\_\_\_\_ 保全受理号 (受理人填写): \_\_\_\_\_

投保人姓名: \_\_\_\_\_ 被保险人姓名: \_\_\_\_\_ 保全申请日期: \_\_\_\_\_ 保单生效日期: \_\_\_\_\_

**客户须知:**

- 如果您选择转账领取，账户所有人须以本人真实姓名开立结算账户，并授权我公司使用指定银行结算账户（以下简称授权账户）用生存金/满期保险金/年金/红利转账给付。如因授权人提供的授权账户错误、账户余额不足、账户注销、账户冻结、账户挂失或者其它原因导致转账给付不成功，因此而产生的责任由授权人承担。我公司不对该授权账户的失窃或冒领承担后果。我公司不接受信用卡转账给付。
- 受益人生存状况发生变化且变更内容足以影响我公司对转账给付对象的确定时，我公司将终止转账给付，待授权人重新办理转账授权手续后给付。
- 如果被保险人身故，投保人或受益人应及时通知我公司停止给付生存保险金，且我公司有权追回已转账给付的被保险人身故后到期的生存保险金。

<input type="checkbox"/> 生存领取 <input type="checkbox"/> 红利领取	<input type="checkbox"/> 生存金/祝福金 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 满期金 <input type="checkbox"/> 康复金 <input type="checkbox"/> 其他: _____
	<input type="checkbox"/> 保单遗失声明: 原保单作废。
<input type="checkbox"/> 红利领取方式变更	<input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 转万能账户 <input type="checkbox"/> 抵交保费 <input type="checkbox"/> 其他: _____
<input type="checkbox"/> 生存金/年金领取方式变更	<input type="checkbox"/> 一次性领取 <input type="checkbox"/> 按年领取 <input type="checkbox"/> 其他: _____
<input type="checkbox"/> 生存金/年金领取转账授权	<input type="checkbox"/> 授权自动转账 <input type="checkbox"/> 取消自动转账 <input type="checkbox"/> 转账授权变更 <small>授权自动转账须知: 授权自动转账被受理之日起, 生存金累积生息的权益将自动取消。</small>

**申请方式:**     本人申请     委托服务人员代办     委托其他人代办     信函方式办理

**保全批单反馈方式:**     无需批单     自行领取     受托人送达

<b>保险款项支付方式</b> <input type="checkbox"/> 转账支付 (推荐) <input type="checkbox"/> 柜面支付	开户银行: _____ 户名: _____
	开户行省: _____ 开户行市: _____ 开户行名称 (存折时填写): _____
	银行账号: _____

为维护您的权益，请勿在未经您填写的空白申请书上签名。若您本次保全申请涉及付费或领取授权，请您仔细阅读申请书正面的“客户须知”内容，您签字后，将视同您同意遵守须知内容并授权我公司及开户银行办理相关事宜。

生存受益人或其监护人签名: \_\_\_\_\_

联系电话: \_\_\_\_\_

投保人与被保险人关系: \_\_\_\_\_

(本人□同意/□不同意在贵公司所有保单留存的联系电话均变更为本次联系电话)

受托人签名: \_\_\_\_\_

业务代码/证件号码: \_\_\_\_\_

联系电话: \_\_\_\_\_

**以下由保险公司填写**

**受理意见:** 请核实，系统信息与实物是否一致。□是 □否；如不一致，是否已变更□是 □否；如未变更请注明原因 \_\_\_\_\_  
 请确认此次客户提供的账户为发生过实收保费的原账户: □是 □否

受理人签名: \_\_\_\_\_

受理日期: \_\_\_\_\_

## 个人客户身份基本信息登记表

领取资格人姓名：\_\_\_\_\_ 性别：\_\_\_\_\_ 国籍：\_\_\_\_\_ 职业：\_\_\_\_\_

住所地或工作单位地址：\_\_\_\_\_

（注：住所地与经常居住地不一致的，登记经常居住地）

联系方式：\_\_\_\_\_ 身份证件类型：身份证/其他：\_\_\_\_\_

证件号码：\_\_\_\_\_ 证件有效期至：至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日/ 长期

本人声明上述登记信息真实、准确。

温馨提示：为保障您的权益，若您的邮寄地址、联系电话及个人信息发生变化时，请及时到我公司办理变更。

登记人签名：

登记日期：