



光大永明人寿保险有限公司

指定第二投保人申请书

保险单号码：_____ 申请人（投保人）姓名：_____ 申请日期：_____年____月____日

一、填写说明：请申请资格人用蓝、黑色签字笔或钢笔亲笔填写并签名；请保持申请书签名与留存本公司的签名样本一致。

二、申请事项：

<input type="checkbox"/> 指定第二投保人	<p>在合同有效期内，当投保人与被保险人不为同一人时，投保人可按下述情形就本合同申请指定第二投保人：</p> <p>1、指定时，被保险人已满十八周岁，则只能指定被保险人为第二投保人；</p> <p>2、如投保人身故时被保险人已年满十八周岁，则本合同的第二投保人为被保险人；</p> <p>3、如投保人身故时被保险人未年满十八周岁，则指定被保险人的：<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他_____</p> <p>姓名：_____ 性别：_____ 出生日期：_____ 国籍：_____ 证件类型：_____</p> <p>证件号码：_____，证件有效期限：_____至_____为本保险合同的第二投保人。</p> <p>注：指定的第二投保人须与被保险人具有保险利益关系，且如本合同含身故责任的，不支持指定父母或其法定监护人之外的第三人。</p>
<input type="checkbox"/> 撤销指定第二投保人	

三、投保人、被保险人（或其法定监护人）、投保人配偶、指定第二投保人声明事项：

<p>本人知悉并同意以下事项：</p> <p>1、指定的第二投保人在指定时应与被保险人具有保险利益关系，否则指定无效；</p> <p>2、如投保人在本合同有效期内身故，所指定的第二投保人应在知道或应当知道投保人身故后两年内提出变更投保人的申请，并经公司审核同意后，指定的第二投保人成为本合同新的投保人，履行本合同约定的投保人的相关权利和义务；</p> <p>3、如投保人身故时被保险人已年满十八周岁，则被保险人为第二投保人，不再为投保人指定的其他第二投保人办理投保人变更手续；</p> <p>4、指定的第二投保人提出申请变更投保人时，应当与被保险人具有保险利益关系；如果出现以下情况中的一种，则指定的第二投保人不能成为本合同的投保人：</p> <p>（1）第二投保人在原投保人身故时已经身故或经人民法院宣告死亡的。若第二投保人与原投保人在同一事件中身故，且不能确定身故先后顺序的，推定第二投保人身故在先；</p> <p>（2）第二投保人于申请变更成为投保人之前身故的；</p> <p>（3）第二投保人未在知道或应当知道投保人身故后两年内，向我们提出变更投保人的申请的；</p> <p>（4）第二投保人在申请变更时对被保险人无保险利益；</p> <p>（5）其他不能或无法成为第二投保人的情形；</p> <p>5、在投保人身故前，如本保险合同办理变更投保人，本次指定第二投保人申请将视为自动撤销，新投保人可重新办理指定第二投保人申请。</p>

四、申请办理类型：

本人申请

五、通知方式：（只应用于本次申请信函的发送）

1、 电子信函 电子邮箱：_____ 2、 微信信函 3、 短信信函 手机号：_____ 4、 自取 5、 其他_____

六、申请人声明及签名：**声明：本人申请办理上述变更业务，并同意以贵公司核准后确认的内容及生效日期为准。**

投保人签名：	被保险人/法定监护人签名：	投保人配偶签名：	指定的第二投保人签名：
联系电话：	联系电话：	联系电话：	联系电话：

七、公司受理人员填写：受理人员签名_____ 受理日期_____年____月____日 备注_____