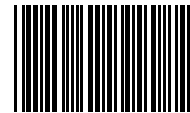


保险合同变更申请书（团体/汇交件）

公司提示：请您用黑色钢笔或签字笔在申请变更、给付项目前的“□”内打“√”，并在对应栏目内填写所需变更的内容。本申请书由申请人签章后有效。

保险合同号		申请日期	年 月 日	
投保人	联系人	联系电话		
变更项目	变更后内容（非自然人）			
<input type="checkbox"/> 团单投保人信息变更 <input type="checkbox"/> 汇交件个人投保人信息变更 <input type="checkbox"/> 汇交人信息变更 <input type="checkbox"/> 变更投保人 <input type="checkbox"/> 变更汇交人	单位/团体名称	法定代表人/团体负责人		
	行业类别	证件类型	证件代码	
	通讯地址	邮政编码		
	联系人	联系电话		
	开户银行	公章（样）：		
	户名			
	账户号码			
	其它			
	变更后内容（自然人）			
	姓名	性别	出生日期	年 月 日
证件类型	证件号码	证件有效期	年 月 日	
职业	是否享有社会医疗保险或公费医疗保障 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
其它				
<input type="checkbox"/> 续期交费	人数合计：_____人 交费金额合计：¥_____元 个人账户单位交费：¥_____元 个人账户个人交费：¥_____元 公共账户缴费：¥_____元			
	管理费计提方式： <input type="checkbox"/> 按交费金额计算 <input type="checkbox"/> 按记入账户金额计算 管理费比例_____ % 管理费金额：¥_____元			
<input type="checkbox"/> 定期结算	结算方式变更： <input type="checkbox"/> 定期结算 <input type="checkbox"/> 指定日期结算 结算日期：_____			
	<input type="checkbox"/> 组合结算 结算限额：¥_____元 结算日期：_____			
	<input type="checkbox"/> 即时结算 <input type="checkbox"/> 定期结算处理			
<input type="checkbox"/> 期交保单效力恢复	<input type="checkbox"/> 正常复效 <input type="checkbox"/> 强制复效			
<input type="checkbox"/> 建工险效力中止/恢复	效力中止日期：_____年____月____日 效力恢复日期：_____年____月____日			
<input type="checkbox"/> 保险合同补/换发	<input type="checkbox"/> 保险合同： <input type="checkbox"/> 挂失补发 <input type="checkbox"/> 污损换发 / <input type="checkbox"/> 保险个人凭证： <input type="checkbox"/> 挂失补发 <input type="checkbox"/> 污损换发			
<input type="checkbox"/> 投保人账户提取	<input type="checkbox"/> 公共账户 提取金额：¥_____元			
	<input type="checkbox"/> 个人账户单位交费 提取金额：¥_____元			
<input type="checkbox"/> 部分退保	<input type="checkbox"/> 公共账户 提取金额：¥_____元 提取比例_____ %			
	<input type="checkbox"/> 个人账户单位交费 提取金额：¥_____元 提取比例_____ %			
	<input type="checkbox"/> 个人账户个人交费 提取金额：¥_____元 提取比例_____ %			
<input type="checkbox"/> 解除合同	<input type="checkbox"/> 撤单 <input type="checkbox"/> 投保人解除合同 <input type="checkbox"/> 非正常退保： <input type="checkbox"/> 投保人解约 <input type="checkbox"/> 公司解约 <input type="checkbox"/> 整单误保退保		(□ 合同遗失)	



* 3 0 8 5 *

<input type="checkbox"/> 红利领取	红利领取方式： <input type="checkbox"/> 现金领取 <input type="checkbox"/> 银行转账
<input type="checkbox"/> 基金险账户终止	
<input type="checkbox"/> 特别约定变更	
<input type="checkbox"/> 属组信息变更	<input type="checkbox"/> 新增责任组 <input type="checkbox"/> 属组名称变更
<input type="checkbox"/> 增减被保险人人数	<input type="checkbox"/> 增加_____人 <input type="checkbox"/> 减少_____人
<input type="checkbox"/> 其他变更项目	<input type="checkbox"/> 团单转个单（被保险人姓名：_____证件类型：_____证件号码：_____） <input type="checkbox"/> 领取方式变更 <input type="checkbox"/> 领取年龄变更 <input type="checkbox"/> 红利领取方式变更 <input type="checkbox"/> 权益比例变更 <input type="checkbox"/> 保险关系转移 <input type="checkbox"/> 交费频次变更 <input type="checkbox"/> 其他
<input type="checkbox"/> 投保人账户信息	<input type="checkbox"/> 使用交费账户 <input type="checkbox"/> 授权新账户（仅本次服务申请使用） 户名：_____ 开户银行：_____ 银行账号：_____
<input type="checkbox"/> 客户补充告知	
备 注	

告 知 事 项

1. 投保单位是否已在本公司投保其他人身保险？若“是”，请在下表中详细说明：是 否

险种名称	保险合同号	保险单生效日期
		年 月 日
		年 月 日

2. 过去三年是否向保险公司索赔过？
若“是”请在备注栏列明索赔险种、索赔时间、索赔原因及索赔人数。是 否

3. 过去三年是否发生过死亡或伤残情况？若“是”请告知人数。是 否
疾病死亡_____人； 疾病伤残_____人； 意外死亡_____人； 意外伤残_____人。

4. 参加投保的被保险人是否患有以下疾病？是 否
A、恶性肿瘤； B、心脏病（心功能不全Ⅱ级以上）； C、心肌梗塞； D、高血压（Ⅱ级以上）；
E、白血病； F、肝硬化； G、慢性阻塞性支气管疾病； H、脑血管疾病；
I、慢性肾脏疾病； J、糖尿病； K、再生障碍性贫血； L、先天性疾病（见条款中释义部分）；
M、精神病或精神分裂； N、癫痫病； O、身体残障； P、妇科疾病；
Q、其他疾病； R、是否曾因病全休或半休。

5. 是否有长期病假、长期接受治疗或住院治疗人员参加本次投保？若“是”有_____人 是 否

6. 是否有残疾人员参加本次投保？若“是”有_____人 是 否

7. 保险金额或保险费分配规则：平均 年收入 职位 综合了多种因素（请在备注栏列明）

（说明：4、5、6项目若为“是”，请在《被保险人变更申请清单》中对应被保险人“备注”栏写明）

申请资格人声明

申请资格人已仔细阅读、理解贵公司提示并同意遵守。谨以此申请书作为保险合同保全的要约，并同意贵公司依此办理上述保全事项。本申请单证上“具体经办人”为此合同载明联系人或本单位员工。

若委托他人代办请填写以下内容：

现委托_____先生/女士（有效证件号码：_____）前往贵公司办理有关本保单申请项下变更事宜。本委托授权有效期为_____天。（委托日期同本申请书的申请日期）

受托人与委托人关系：本公司服务人员 亲属 朋友 其他_____

受托人手机号码：_____ 受托人签名：_____

申请资格人（签章）：_____ 具体经办人（签名）：_____ 申请资格人/具体经办人手机号：_____ 日期：_____

以下内容由保险公司工作人员填写

处理意见：

受理人：_____ 受理日期：_____ 年 月 日 作业流水号：_____