

以团体保单的“保险合同号”为准

## 团体保险合同内容变更申请书

必填

致：国富人寿保险股份有限公司

该数字为保全变更项目编号

兹申请对 60991100000000XXX 号保单做以下第 18 项的变更，并同意变更生效日以贵公司出具的批单上的生效日为准。本申请书及批单均是保险合同的有效组成部分。

※投保人

南宁市 XXX 有限责任公司

投保人声明：为提供保险服务的需要，保险合同关系人（包含自然人和非自然人，未成年人的法定监护人）需授权国富人寿保险股份有限公司可通过知悉本人信息的机构

向本人有关的全部信息（包括但不限于投保、承保、理赔、行为、财务、信用、健康、医疗信息等）；国富人寿及其具有必要合作关系的机构均可对上述信息进行信息核保风控校验等合理的使用。为确保信息安全，国富人寿及其合作机构应采取有效措施并承担保密义务。

如您想获取个人信息处理的机构名称、联系方式、信息处理方式、保存期限详情和个人行使信息保护权利的方式和程序，可拨打国富人寿服务热线 4006946688 咨询。

法人客户的投保人信息变更时，勾选此框，此项全部内容都须

涉及开票的，须同时勾选保单税务信息

※变更项目

变更投保人时，此处需加盖新公章

变更内容

1.1 投保人信息变更（法人）

新公章加盖处：

变更原因：\_\_\_\_\_ 原投保人名称：\_\_\_\_\_

新投保人名称

行业类别

经营范围

单位地址

地级市

县级市/区/县

乡镇/街道

村委会/小区/门牌号

邮政编码

单位性质

机关、团体  国家机关  党政机关  社会团体  基层群众自治组织  卫生事业  体育事业  社会事业  教育事业  文化艺术业  广播电影电视业  科学研究业  综合技术服务业  国有  集体  个体  私有  外资  混合所有制  其他

变更该项时，填写证件有效期止期

证照信息

统一社会信用代码 \_\_\_\_\_ 年 月 日 /  长期 绿色产业  是  否

控股股东或实际控制人

证件类型

证件号码

证件有效期 (起止)

受益所有人

名称

地址

证件类型

证件号码

证件有效期 (起止)

法定代表人或负责人

证件类型

证件号码

证件有效期 (起止)

1.2 投保人基本信息变更（自然人）

姓名  年龄  性别  职业类别  联系方式  银行账号

证件类型及证件号  证件有效期  其他 \_\_\_\_\_

变更详情：\_\_\_\_\_

2. 被保险人基本信息变更

3. 被保险人重要信息变更

4. 受益人指定及信息变更

受益人指定及信息变更说明：\_\_\_\_\_

5. 保单税务信息变更

变更内容：\_\_\_\_\_

6. 变更特别约定

变更后内容：\_\_\_\_\_

7. 增加被保险人

增加人数 5 人 减少人数  /  人 替换人数  /  人

8. 减少被保险人

9. 替换被保险人

名单 \_\_\_\_\_

变更该项时，增加、减少及替换被保险人时需同时提供加盖公章的被保险人员清单

10. 建工险责任暂停/解除

建工险责任期暂停 暂停原因：\_\_\_\_\_

建工险责任期暂停解除 解除原因：\_\_\_\_\_

11. 建工险保险期间延长

延长后保险止期：\_\_\_\_\_

12. 被保险人员名单补录

名单（可另附盖章版清单）\_\_\_\_\_

13. 保险计划新增

险种/责任

保额（万元）

14. 变更保险方案

变更内容 \_\_\_\_\_

名单 \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	15.人员保障计划迁移	原计划名称_____目标计划名称_____名单_____
<input type="checkbox"/>	16.补充告知	<input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 告知事项: _____ 提示: 补充健康告知请填写本公司《团体被保险人健康告知书》并签名, 其它补充告知请遵照相关要求。
<input type="checkbox"/>	17.结算方式变更	<input type="checkbox"/> 实时结算 <input type="checkbox"/> 定期结算, 定期结算内容以定期结算协议为准。
<input checked="" type="checkbox"/>	18.期满前退保	<input checked="" type="checkbox"/> 整单退保 <input type="checkbox"/> 被保险人退保 退保原因: <input type="checkbox"/> 经济原因 <input type="checkbox"/> 服务不满意 <input type="checkbox"/> 公司合并、解散、重组 <input type="checkbox"/> 其他原因_____ <b>确认已通知被保险人退保</b> <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 有无欠交保费及利息: <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 无 金额_____ 提示: 1.本合同的保险责任自本公司接到解除合同申请书次日起终止; 2.主险退保时, 附加险随主险一并解除; 3.办理退保手续时须附带纸质保险合同及纸质发票, 公司收回保险合同和全部保险凭证, 并作废无效; 4.若保险合同遗失, 须同时出具单位盖章的《保险合同遗失声明》, 方可办理退保手续。
<input type="checkbox"/>	19.协议退保	
<input type="checkbox"/>	20.生效前退保	
<input type="checkbox"/>	21.犹豫期内退保	
<input type="checkbox"/>	22.保单挂失与解挂	
<input type="checkbox"/>	23.保险合同补发与换发	申请补发/换发原因: _____ 补/换发次数: _____ <b>遗失声明: 自保险合同补发之日起, 原保险合同声明作废, 日后因该作废的保险合同发生的任何纠纷, 由本单位/本人承担全部责任。</b> 抄录遗失声明: _____
<input type="checkbox"/>	24.其他保全申请	

保全项目涉及补退费时, 应勾选相应账户, 如为非原交费账户, 应勾选“其他账户”, 填写完整账号内容并提供银行卡复印件

**收付费转账授权声明 (保全申请需补、退费适用):**

本次保全申请涉及补退费时, 申请人授权贵公司采用转账方式进行费用收取或费用支付。请确定转账账户为: 原交费账户 其他账户

如果您选择其他账户, 请同时填写账户信息, 并提供存折复印件或银行卡存取款凭证原件:

银行名称: XX 银行 XX 支行 户名: XXX 公司 账号: 6222XXXXXXXXXXXX

声明: 1.本人授权国富人寿保险股份有限公司 (以下简称“贵公司”) 与开户银行 (以下简称“银行”), 按保险合同约定的保险费支付时间和保险金额, 从变更后的账户内自动扣划保险合同项下各期应交保险费。如果该账户终止或余额不足以支付保险费, 由此所致的保险契约自此不产生效力或保险合同中止或终止的任何责任将由本人承担。

2.本人授权贵公司与银行将按保险合同约定或法律规定应支付给本人的款项均以转账方式划入上述账户, 如该账户取消或转账不成功, 贵公司有权通过其他方式支付相应款项。请贵公司以本人最后一次提供的领款授权账号为准, 本人与贵公司签订的所有保险合同中应支付给本人的款项将统一划入该账户。当贵公司将相关款项划到该账户后, 即视为本人已领取相应款项, 由此产生的任何

**注意: 应监管要求, 如为受托人 (非投保人) 代办线下保全, 需详细填写受托人身份**

3.本人清楚**身份信息 (填写规则参照模版), 并提供受托人有效身份证件影印件/复印件。** (本人活期结算存折)。本人同意于每期保险费转账成功时, 而在授权账户中保留至少人民币10元, 否则可能导致扣款失败并影响该保险合同的效力。

4.如所授权之银行要求与本人签订书面转账授权协议的, 本人应与银行另行签订转账协议。

**如申请人不能亲自办理, 请填写下列内容:**

本单位/人委托 王 XX (证件类型: 居民身份证 护照 其他 \_\_\_\_\_); 证件号

码: 45010319XXXXXXXXXX; 证件有效期: 2036 年 05 月 01 日, 联系电话: 1360011XXXX) 代为

办理保单的 保全 事宜, 由此产生的经济法律纠纷由委托人自行负责, 特此声明!

团体客户名称同证件、单位公章均一致, 签章应清晰完整

委托人 (盖章)

受托人签字: 王 XX

经办人名称同有效证件、签名均一致

**投保人声明:**

本单位/人同意以此申请书作为保险合同变更要约, 并同意贵公司依此办理上述变更事项。

\*投保人 (签章)

\* 经办人: 王 XX

联系电话: 1360011XXXX

申请日期: 2023 年 01 月 01 日

**以下由保险公司填写:**

客户经理姓名及工号	联系电话
初审人员意见:	核保人员意见:
初审人员: _____ 年 月 日	核保人员: _____ 年 月 日

必填