

团体保险合同内容变更申请书

致：国富人寿保险股份有限公司 兹申请对_____号保单做以下第_____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								
※变更项目				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		省/自治区/直辖市	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 <input type="checkbox"/> 国企 <input type="checkbox"/> 集体企业 <input type="checkbox"/> 民企 <input type="checkbox"/> 公私合作企业 <input type="checkbox"/> 中外合资企业 <input type="checkbox"/> 外资企业 <input type="checkbox"/> 社会组织 <input type="checkbox"/> 国际组织 <input type="checkbox"/> 国防军事企业							
	证照类型、		<input type="checkbox"/> 营业执照 (<input type="checkbox"/> 统一社会信用代码) _____ 年 月 日 / <input type="checkbox"/> 长期					
	号码及证照		<input type="checkbox"/> 组织机构代码证 _____ 年 月 日 / <input type="checkbox"/> 长期					
	有效期		<input type="checkbox"/> 税务登记证 / <input type="checkbox"/> 其他 _____ 年 月 日 / <input type="checkbox"/> 长期					
	控股股东或实际控制人		证件类型		证件号码		证件有效期	
	受益所有人		名称		地址			
			证件类型		证件号码		证件有效期	
法定代表人或负责人		证件类型		证件号码		证件有效期		
□	1.2 投保人基本信息变更(自然人)			<input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 年龄 <input type="checkbox"/> 性别 <input type="checkbox"/> 职业类别 <input type="checkbox"/> 联系方式 <input type="checkbox"/> 银行账号 <input type="checkbox"/> 证件类型及证件号 <input type="checkbox"/> 证件有效期 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 变更详情： _____				
□	2. 被保险人基本信息变更			<input type="checkbox"/> 受益人指定或信息变更说明： _____ _____				
□	3. 被保险人重要信息变更							
□	4. 受益人指定或信息变更							
□	5. 保单税务信息变更							
□	6. 变更特别约定			变更后内容： _____ _____ _____				
□	7. 增加被保险人			增加人数 _____ 人 减少人数 _____ 人 替换人数 _____ 人				
□	8. 减少被保险人			名单 _____ _____				
□	9. 替换被保险人							
□	10. 建工险责任暂停/解除			<input type="checkbox"/> 建工险责任期暂停 暂停原因： _____ <input type="checkbox"/> 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. 被保险人名单补录			名单 _____				
□	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 _____				
□	15. 人员保障计划迁移			原计划名称 _____ 目标计划名称 _____ 名单 _____				
□	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 type="checkbox"/>	18. 期满前退保	<input 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 _____ 有无欠交保费及利息： <input type="checkbox"/> 有 <input 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之日起终止； 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保险合同正本，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，须同时出具单位签章的《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"/> 保单挂失 <input type="checkbox"/> 保单挂失解挂
<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： _____ 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。 抄录遗失声明： _____ _____
<input type="checkbox"/>	24. 其他保全项目	

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： _____ 户名： _____ 账号： _____

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，即视作本人已领取相应款项，由此产生的任何后果和责任均由本人承担。

3. 本人清楚：本人所提供的授权转账账户，必须是本人的个人结算账户（如：借记卡，个人活期结算存折）。本人同意于每期保险费转账成功后，需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，请填写以下内容：

本单位/人委托 _____（证件类型： 居民身份证 护照 其他 _____）；证件号码： _____；证件有效期： _____，联系电话： _____）代
为办理保单的 _____ 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！

委托人(签章)：

受托人签字：

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：

联系电话：

申请日期： 年 月 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

