



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，填写的内容不允许涂改，若发生涂改本申请无效。
 - 证件类别及证件代码是指单位组织机构号、税务登记号或营业执照号等。

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				
<input type="checkbox"/> 变更投保人资料	单位/团体名称			法定代表人/团体负责人	
<input type="checkbox"/> 更换投保人	行业类别	证件类别	证件代码		
<input type="checkbox"/> 变更汇交人资料	通讯地址			邮政编码	
	联系人			联系电话	
	开户银行	户名			公章（样）：
	账户号码				
<input type="checkbox"/> 续期交费 <small>（与上期交费一致无需提供清单）</small>	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 <small>（适用于短期险）</small>	定期结算方式变更： <input type="checkbox"/> 定期结算 1、 <input type="checkbox"/> 指定金额结算限额 结算限额：_____元 2、 <input type="checkbox"/> 指定日期结算 结算日期：_____年___月___日 3、 <input type="checkbox"/> 组合结算 结算限额：¥_____元 结算日期：_____年___月___日 <input type="checkbox"/> 即时结算 <input type="checkbox"/> 定期结算处理				
<input type="checkbox"/> 领取方式变更	<input type="checkbox"/> 一次性领取 <input type="checkbox"/> 年领 <input type="checkbox"/> 月领 提示：养老金开始领取后，领取方式不再允许变更。				
<input type="checkbox"/> 领取年龄变更	<input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 其他_____				
<input type="checkbox"/> 红利领取方式变更	<input type="checkbox"/> 现金 <input type="checkbox"/> 累积生息 <input type="checkbox"/> 转入本金 <input type="checkbox"/> 转入投资账户				
<input type="checkbox"/> 权益比例变更	保单权益比例变更： <input type="checkbox"/> 管理费 <input type="checkbox"/> 退保手续费 <input type="checkbox"/> 盈余分配比例 变更后比例：_____% 账户权益归属比例变更： 变更后比例：_____%				
<input type="checkbox"/> 保险关系转移	转入单位名称	转入保险合同			（以投保人提供清单为准）
<input type="checkbox"/> 交费频次变更	<input type="checkbox"/> 年交 <input type="checkbox"/> 半年交 <input type="checkbox"/> 季交 <input type="checkbox"/> 月交				
<input type="checkbox"/> 期交保单效力恢复	提示：只适用于条款约定有期交的保险合同，须同时填写《补充告知问卷》。				
<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	保险合同： <input type="checkbox"/> 挂失补发 <input type="checkbox"/> 污损换发 合同构件： <input type="checkbox"/> 挂失补发 <input type="checkbox"/> 污损换发 <small>（构件类型：<input type="checkbox"/> 保单首页 <input type="checkbox"/> 条款 <input type="checkbox"/> 被保险人名册 <input type="checkbox"/> 保险个人凭证：_____）</small>				
<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 (适用于条款中有撤单责任险种) <input type="checkbox"/> 退保 (<input type="checkbox"/> 保险合同遗失) <input type="checkbox"/> 清单退保 <input type="checkbox"/> 部分退保 <input type="checkbox"/> 保险公司解除合同 <input type="checkbox"/> 误保退保 <input type="checkbox"/> 进入领取期退保
<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 提示: 选择银行转账领取红利的未变更账户时, 以后各次同一款项给付均转入投保人选择的账户。解除合同后如有补发的红利, 也将转入此账户。
<input type="checkbox"/> 满期给付	提示: 仅适用于基金险。保险合同满期给付后保险责任终止, 保险公司不再受理理赔申请。
<input type="checkbox"/> 投保人领款账户	<input type="checkbox"/> 转入交费账户 <input type="checkbox"/> 账户信息变更 户名: _____ 开户银行: _____ 银行账号: _____
<input type="checkbox"/> 特别约定变更	
<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"/> 其他
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: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
6. 是否有残疾人员参加本次投保? 若“是”有 _____ 人 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
7. 保险金额或保险费分配规则: <input type="checkbox"/> 平均 <input type="checkbox"/> 年收入 <input type="checkbox"/> 职位 <input type="checkbox"/> 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)		

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)

代办人与委托人关系: 本公司服务人员 亲属 朋友 其他 _____

代办人联系电话: _____ - _____ 委托人签名: _____ 代办人签名: _____

投保人声明:

投保人已仔细阅读知、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。

投保人 (签章): _____ 日期: _____ 年 月 日

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: _____

营业机构: _____ 业务员: _____ 代码: _____ 联系电话: _____