30850000000000000

中国人寿保险股份有限公司
China Life Insurance Company Limited

保险合同变更申请书（团体/汇交件）

公司提示：

1．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。

2．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				
□变更投保人资料 □更换投保人 □变更汇交人资料	单位/团体名称			法定代表人/团体负责人	
	行业类别		证件类别	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				
□续期交费 （与上期交费一致无需提供清单）	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： □按交费金额计算　□按记入账户金额计算　管理费比例_____%　管理费金额：¥_____元				
□定期结算 （适用于短期险）	定期结算方式变更： □定期结算　1、□指定金额结算限额　结算限额：_____元 2、□指定日期结算　结算日期：_____年____月____日 3、□组合结算　结算限额：¥_____元　结算日期：_____年___月___日 □即时结算 □定期结算处理				
□领取方式变更	□一次性领取　□年领　□月领　　提示：养老金开始领取后，领取方式不再允许变更。				
□领取年龄变更	□50　□55　□60　□65　□其他_____				
□红利领取方式变更	□现金　□累积生息　□转入本金　□转入投资账户				
□权益比例变更	保单权益比例变更：□管理费　□退保手续费　□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：_____%				
□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）				
□交费频次变更	□ 年交　□ 半年交　□ 季交　□ 月交				
□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》。				
□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				
□保险合同补/换发	**保险合同**：□挂失补发　□污损换发　　**合同构件**：□挂失补发　□污损换发 （构件类型：□保单首页　□条款　□被保险人名册　□保险个人凭证：_____）				
□ 投保人账户提取	□公共账户　　提取金额：¥_____元				
	□个人账户单位交费　　提取金额：¥_____元				
□ 部分退保	□公共账户　　提取金额：¥_____元　　提取比例_____% □个人账户单位交费　　提取金额：¥_____元　　提取比例_____% □个人账户个人交费　　提取金额：¥_____元　　提取比例_____%				

□ 解除合同	□撤单（适用于条款中有撤单责任险种） □退保（□保险合同遗失） □清单退保 □部分退保 □保险公司解除合同 □误保退保 □进入领取期退保
□ 红利领取	红利领取方式：□现金领取 □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。
□ 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。
□ 投保人领款账户	□转入交费账户 □账户信息变更 户名： 开户银行： 银行账号：
□ 特别约定变更	
□ 其他变更项目	□团单转个单（被保险人姓名： 证件类型： 证件号码： ） □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： □ 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、慢性梗塞性支气管疾病；	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）

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：