

被保险人变更申请清单 (年金类)

被保险人信息变更 增加被保险人 减少被保险人 续期交费 账户提取 部分退保 个人保留账户 年金领取 账户金额调整 共 页, 第 页。

| 保险合同号 | | 投保人 | | | | | | 申请日期 | | | 年 月 日 | | | | | | | |
|--|--------|-------------------------------------|----|------|------|------|----------|-----------|--|------|-------------|------|--------|----|------|--------|----|-------------|
| 个人编号 | 被保险人姓名 | 保险凭证号码 | 性别 | 出生日期 | 证件类型 | 证件号码 | 权益归属个人比例 | 是否有医保 | <input type="checkbox"/> 供款金额 <input type="checkbox"/> 账户金额调整 <input type="checkbox"/> 账户金额提取 | | 年金领取 | | | 属组 | 金额合计 | 被保险人签名 | 备注 | |
| | | | | | | | | | 公共账户 | 个人账户 | | 领取方式 | 首期领取日期 | | | | | 首期领取金额 |
| | | | | | | | | | | 单位交费 | 个人交费 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本页小计 | | 增人: 人; ¥ 元。 | | | | | | 个人保留账户: 人 | | | 续期交费: 人 | | | 属组 | 金额合计 | 被保险人签名 | 备注 | |
| | | 减人: 人; ¥ 元。 | | | | | | | | | 续期交费合计: ¥ 元 | | | | | | | |
| | | 账户提取/部分退保: 公共账户: ¥ 元; 个人账户: ¥ 元。 | | | | | | 账户调整: 人 | | | 年金领取: 人 | | | | | | | 领取金额合计: ¥ 元 |
| 声明: 投保人已仔细阅读、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。 投保人(签章): _____ 联系人: _____ 联系电话/手机: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 提示: 1. 本清单每次只能选择一种保全项目。 2. “个人编号”栏应填写保险合同所附的“被保险人清单”上的被保险人个人编号。若申请增加被保险人, “个人编号”无需填写。 3. 对于指定的生效日期等其他内容请在“备注”栏中注明。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保险公司处理意见: _____ 受理人: _____ 受理日期: _____ 年 月 日 作业流水号: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

