



### 被保险人变更申请清单（普通类）

- 被保险人信息变更     增加被保险人     减少被保险人     增加/□ 减少险种     续期交费     增加/□ 减少保险金额  
 组间转移     同期增减被保险人（适用于短期险，投保时有约定方可办理）     属组信息变更（新增责任组 组间转移）    共 页，第 页。

保险合同号		投保人				申请日期		年 月 日														
险种1		险种2				险种3																
个人 编号	被保险 人姓名	连带被保 险人姓名	工号	性 别	出生 日期	证件类别	证件号码	职业代码	是否 有医 保	原 属 组	新 属 组	险种1		险种2		险种3		受益人	被保险 人 签 名	备注		
												保 险 金 额	保 险 费	保 险 金 额	保 险 费	保 险 金 额	保 险 费					

本页合计人数：                      人；                      本页合计金额：                      元

- 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和同期增减人员变动等其他内容请在“备注”栏中注明。

**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)：                      联系人：                      联系电话/手机：                      申请日期：                      年    月    日

保险公司处理意见：

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：

