



## 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. 证件类型及证件代码是指单位组织机构号、税务登记证号或营业执照号等。

保险合同号	2008440100YF4030000072		申请日期	2011年 3月 28日	
投保人	XXXXXX 有限公司	联系人	周一	联系电话	38821834
<b>变更项目</b>	<b>变更后内容</b>				
□ 变更投保人资料	单位/团体名称			法定代表人/团体负责人	
	行业类别	证件类型		证件代码	
□ 更换投保人	通讯地址			邮政编码	
	联系人			联系电话	
□ 变更汇交人资料	开户银行			公章(样):	
	户名				
	账户号码				
<input checked="" type="checkbox"/> 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: ¥ <u>10000</u> 元				
	管理费计提方式:				
	<input checked="" 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 <u>5</u> %            管理费金额: ¥ <u>500</u> 元				
<input type="checkbox"/> 定期结算 (适用于短期险)	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	<input type="checkbox"/> 挂失补发 <input type="checkbox"/> 污损换发		<input type="checkbox"/> 挂失补发 <input type="checkbox"/> 污损换发		
	(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: _____)				
<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
<b>备 注</b>	

**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                       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 王利 先生/女士（有效证件号码：440106197702011241）前往贵公司办理有关本保单申请项下续期交费变更事宜。本委托授权有效期为15天。（委托日期同本申请书的申请日期）                      代办人电话：（区号）020 - 38821777

代办人与委托人关系： 本公司服务人员     亲属     朋友     其他\_\_\_\_\_

委托人签名：单位印章                      代办人签名：王利

**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）：单位印章                      日期：2011 年 3 月 28 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：                      \_\_\_\_\_