

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 1 页, 第 1 页。

保险合同号		2008440100YFF400007800						投保人		广东鸿波通信投资控股有限公司			申请日期		2011年3月28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 checked="" 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				
1	李小玲	500147970	女	19791027	身份证	130630197910277327				1000					1000		
2	张小凤	500147980	男	19810827	身份证	1306301981080277327				1500					1500		
本页小计		增人: 2 人; ¥ 2500 元。						个人保留账户: 人				续期交费: 人					
		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):						联系人: 徐敏			联系电话/手机: 021-38821777								
提示: 1. 本清单每次只能选择一种保全项目。清单加盖投保单位公章后才有效。 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					
营业机构: 二部			业务员: 王红			代码: 900177			联系电话: 1234567891011								