



604



团体保险合同变更申请书

保险合同号:

单位名称:

申请日期:

第一部分 温馨提示

- 1.请您用黑色钢笔或签字笔在变更项目前的□内打√,并用正楷填写申请内容。
2.您所申请的变更项目,经本公司审核同意,出具批单后生效。

第二部分 申请项目

1□增加被保险人	增加被保险人: _____ 人	请同时填写《增加被保险人清单》、《团体健康告知书》
2□减少被保险人	减少被保险人: _____ 人 原因: ☐ 离职 ☐ 其他 _____	请同时填写《减少被保险人清单》 投保人声明:被减少的相关被保险人或其监护人已知悉退保事宜;本次申请生效后,不再受理已退保人员事故日期发生在责任止期之后的理赔申请。
3□替换被保险人	本次替换被保险人: _____ 人	请同时填写《替换被保险人清单》、《团体健康告知书》 投保人声明:被替出的相关被保险人或其监护人已知悉退保事宜;本次申请生效后,不再受理已退保人员事故日期发生在责任止期之后的理赔申请。
4□投保等级变更	投保等级变更: _____ 人	请同时填写《投保等级变更清单》、《团体健康告知书》
5□新增保险方案	新增保险方案: _____ 个	新增方案名称为: _____
6□不记名业务实名化	申请实名化: _____ 人	请同时填写《被保险人实名化清单》
7□被保险人资料变更	请同时填写《被保险人信息变更清单》	
8□身故受益人变更	请同时填写《身故受益人变更清单》	
9□投保单位资料变更	投保单位信息	
	单位名称: _____ 新章样本	
	单位证件类型: ☐ 营业执照 ☐ 其他: _____	
	单位证件号码: _____	
	单位证件有效期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 或 ☐ 长期	
	单位总人数: _____	
	经营范围: _____	
	所属行业: _____	
	单位性质: ☐ 机关团体 ☐ 事业单位 ☐ 企业单位 (☐ 国有 ☐ 集体 ☐ 民营 ☐ 个体 ☐ 外资 ☐ 混合所有制 ☐ 其他企业) ☐ 其他	
	单位联系电话: _____	
	单位联系地址: _____ 省/直辖市 _____ 市 _____ 区/县 _____ 邮政编码: _____	
	法定代表人姓名: _____	
	证件类型: ☐ 身份证 ☐ 其他: _____ 证件有效期: _____ 至 _____ 或 ☐ 长期	
	证件号码: _____	
	经办人姓名: _____	
	证件类型: ☐ 身份证 ☐ 其他: _____ 证件有效期: _____ 至 _____ 或 ☐ 长期	
	证件号码: _____	
	单位经办人手机号码: _____ 电子邮箱: _____	
	账户信息	
	开户银行: _____ 开户银行所在地: _____ 省 _____ 市	
	户名: _____ 银行账号: _____	
发票信息		
纳税人识别号: ☐ 同“单位证件号码” ☐ 其他: _____ 发票类型: ☐ 专票 ☐ 普票		
纳税人类型: ☐ 一般纳税人 ☐ 小规模纳税人 ☐ 其他 开票电话: ☐ 同“单位联系电话” ☐ 其他: _____		
开票银行: _____ 开票账号: _____		
开票地址: ☐ 同“单位联系地址” ☐ 其他: _____		
是否开通线上自助保全服务: ☐ 开通 请同时填写《“团险通”自助保全服务声明书》 ☐ 不开通		

10 ☐ 定期结算方式变更	☐ 开通定期结算 请同时填写《团体保险保全费用定期结算声明书》 ☐ 关闭定期结算
11 ☐ 年金领取方式变更	☐ 月领 ☐ 年领 ☐ 一次性领取
12 ☐ 特别约定变更	
13 ☐ 整单犹豫期退保 14 ☐ 整单退保	原因: ☐ 对险种不满意 ☐ 对公司服务不满意 ☐ 公司解散、合并、重组 ☐ 无力交纳保费 ☐ 其他: _____ 投保人声明: 相关被保险人或其监护人已知悉退保事宜。保险合同解除后, 被保险人以未经其本人书面签字同意退保为由所产生的法律纠纷, 本单位愿意承担由此带来的相关责任。本次申请生效后, 保险公司不再受理已退保人员的理赔申请。
15 ☐ 部分领取	☐ 公共账户 领取金额: ¥ _____ 元 ☐ 个人账户单位交费 未归属 部分 领取金额: ¥ _____ 元 请同时填写《万能账户价值变更清单》
16 ☐ 追加保险费	☐ 公共账户 追加金额: ¥ _____ 元 ☐ 个人账户单位交费部分 追加金额: ¥ _____ 元 请同时填写《万能账户价值变更清单》
17 ☐ 账户资金转移	请同时填写《万能账户价值变更清单》
18 ☐ 保单补发	申请原因: ☐ 合同遗失 ☐ 合同毁损 ☐ 其他: _____ 原合同自补发之日起作废。
19 ☐ 建工险合同变更	☐ 保险合同效力自 年 月 日 零时中止 ☐ 保险合同效力自 年 月 日 零时恢复 ☐ 保险合同效力终止日期延至 年 月 日二十四时 延期保险费: _____ 元 ☐ 建筑工程造价变更为: _____ 元 增收保险费: _____ 元 (当工程造价增加时填写) ☐ 建筑面积变更为: _____ 平方米 增收保险费: _____ 元 (当建筑面积增加时填写)
20 ☐ 其他 _____	

第三部分 收付费账户信息 若您申请的保全项目涉及收付费时, 请填写以下内容。(保险合同已开通定期结算的, 无需填写此项目)		
1. 为保证您资金的安全, 我们建议您通过留存在我公司的原授权账户进行转账收付。如果您原授权账户发生变化, 请勾选“其他授权账户”并填写账户信息, 同时提供您的银行卡复印件。如果因您的授权账户错误、账户注销、账户余额不足或者不符合我公司对授权账户的要求而导致转账不成功, 我公司将不承担由此引起的责任。		
2. 对于未开通定期结算的保险合同, 申请保全项目涉及收费时, 若未能在通知书上约定时间内交清相关费用的, 保全申请自动作废。		
☐ 原授权账户	☐ 其他授权账户	开户银行: _____ 开户银行所在地: _____ 省 市 户名: _____ 银行账号: _____

第四部分 投保单位声明与授权 为维护您的权益, 请勿在空白的申请书上签名和盖章, 请仔细阅读声明内容并核对您所填写的资料。		
1. 上述申请事项内容和须知, 本单位已告知所有相关被保险人或其监护人, 并且征得被保险人或其监护人同意, 确认被保险人或其监护人已知晓且同意所参保的保险计划及相关权益、理解保障内容、认可保险金额并且同意由本单位统一办理保全变更事宜。		
2. 本保险合同变更申请书、所附清单以及本单位提供的告知材料、被保险人个人告知或体检材料、通知书等各项材料中的内容均属真实, 并作为保险合同的组成部分。如有隐瞒或不实告知、足以影响国宝人寿保险股份有限公司(以下简称“国宝人寿”)决定是否承保或者提高保险费率的, 国宝人寿可依据《中华人民共和国保险法》规定解除保险合同, 并对保险合同解除前发生的保险事故不承担保险责任。本单位的所有告知事项以书面告知为准。		
3. 本单位已征得被保险人或其监护人同意, 授权国宝人寿、再保险公司及其他可能开展合作的与本保险合同相关的保险中介机构或保险监管机构因业务必需而查阅并使用被保险人的与业务或服务有关的必要资料, 包括但不限于个人信息、财务资料、健康资料及相关司法材料, 授权被保险人的有关医疗机构及其他机构, 提供被保险人的有关记录予国宝人寿、与国宝人寿合作的再保险公司及其他可能开展合作的保险中介机构或保险调查机构。		
4. 本单位同意并已征得被保险人或其监护人、受益人同意, 授权国宝人寿、再保险公司、相关保险中介机构、保险调查机构、监管机构、行业协会以及增值服务供应商等因业务及服务必要而对本单位、被保险人、受益人的个人信息进行收集、查询、统计、存储、传输、使用、处理、加工、删除等, 以上信息使用主体对本单位、被保险人、受益人个人信息依法承担保密和信息安全保护义务。		
5. 本单位同意并已征得被保险人或其监护人同意, 同意国宝人寿为提供保险服务的需要可将本单位及被保险人的个人信息(包括投保、承保、理赔、医疗、健康等信息)提供给中国银行保险信息技术管理有限公司(简称“中国银保信”, 联系方式: privacy@cbit.com.cn), 中国银保信可以对上述信息进行收集、加工并传递给国宝人寿保险股份有限公司用于实现上述目的, 但均应严格履行保密义务, 不会对个人权益造成非法侵害。		
6. 本单位同意授权投保单位经办人代为办理上述保全变更事宜, 经办人的授权权限仅限于填写、补正、接受及转送保险合同变更申请书、所附清单以及本单位提供的告知材料、被保险人个人告知或体检材料、通知书等与上述申请事项相关的保全文件。		
投保单位签章:		
投保单位经办人签名: _____ 签章日期: _____ 年 月 日		

业务批单反馈方式: ☐ 保单服务人员转送 ☐ 无需批单 业务批单是我公司受理您的保全申请并处理完成后, 出具的保险合同内容变更凭证。		
以下栏位由保险公司工作人员填写		
保单服务人员签名:	签名日期:	年 月 日
保险公司受理人签名:	受理日期:	年 月 日
备注栏:		