

本申请书中的事项由 本人 委托服务人员代办 委托他人代办

保险合同号码		<input type="checkbox"/> 投保单位名称 <input type="checkbox"/> 投保人/付费人	
申请人姓名	申请人类型	<input type="checkbox"/> 投保人/付费人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 经办人 <input type="checkbox"/> 受托人	申请日期
年 月 日			
若委托他人代办请填写如下内容:			
本人 _____ 全权委托 _____ (证件类型 _____, 身份证号 _____ 证件有效期至 _____) 办理以下指定申请事项, 授权委托有效期间从 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日。			

申请须知

- 请您在所申请事项前的“□”内打“√”并使用黑色钢笔或签字笔用正楷清晰无误地填写所需要办理事项的内容。
- 本人同意以提供的有效证件更新该证件类型的有效期。
- 变更项目带“*”的, 请同时填写健康、财务及其他告知。
- 当您申请保单复效、新增附加险、职业变更、补充告知时, 我公司有权对变更对象的所有相关保单进行审核, 请您配合在接到本公司通知后的15日内完成相关资料的补充、填写问卷等调查工作和确认新核保决定。
- 若投保人/付费人或被保险人故意或者因重大过失未履行如实告知义务, 足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的, 本公司有权解除本保险合同。
- 涉及需要缴费的项目, 若未在公司规定时间内缴纳保费的本公司有权撤件处理。
- 您所申请的变更项目, 经本公司审核同意后, 生效日期以批单所载日期为准。
- 保险公司不得违规销售非保险金融产品, 请勿参加非法集资。

变更项目	变更后内容
1 <input type="checkbox"/> 增加被保险人*	申请人数合计: _____ 人, 具体详见团体人身保险被保险人清单。
2 <input type="checkbox"/> 减少被保险人	申请原因: <input type="checkbox"/> 入职 <input type="checkbox"/> 离职 <input type="checkbox"/> 其它 _____ 变更详情:
3 <input type="checkbox"/> 犹豫期退保	<input type="checkbox"/> 整单退保 <input type="checkbox"/> 附加险 _____ 退保
4 <input type="checkbox"/> 分单犹豫期退保	退保原因: <input type="checkbox"/> 经济原因 <input type="checkbox"/> 险种不理想 <input type="checkbox"/> 人情投保 <input type="checkbox"/> 保险营销员告知不实 <input type="checkbox"/> 理赔不满意
5 <input type="checkbox"/> 保单解约	<input type="checkbox"/> 客户补充告知拒保 <input type="checkbox"/> 出国移居 <input type="checkbox"/> 保险营销员自保件 <input type="checkbox"/> 服务不理想 <input type="checkbox"/> 其他 _____
投保人声明: 上述涉及保险权益变化(减少被保险人、保单解约)的申请事项, 投保人已告知所有相关被保险人, 并且征得了被保险人的同意。	
团体告知: (在所选择的“□”内加“√”号确认, 若空白则视作以下问题答案均为无)	
增加的被保险人中是否有人目前尚在病假中或无法正常上班? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
增加的被保险人中是否有人在近一年内因患病而不能全勤工作或减轻劳动量? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
6 <input type="checkbox"/> 保单复效*	险种选择: <input type="checkbox"/> 整单复效 <input type="checkbox"/> 仅复效主险 <input type="checkbox"/> 主险和部分附加险同时复效 _____ 复效须知: 对除外责任条款及等待期的规定视同新合同承保, 从复效生效日起重新计算。
7 <input type="checkbox"/> 新增附加险*	险种简称及代码
8 <input type="checkbox"/> 续保选择权变更 (续保选择权变更只需填写险种名称代码及是否自动续保)	保额/份数
	档次
	交费期间
	保险期间
	是否自动续保
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	如果您申请新增附加险, 请选择确认生效日: <input type="checkbox"/> 即时生效 <input type="checkbox"/> 周年日生效
9 <input type="checkbox"/> 补充告知 <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人	告知事项起点时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日 告知原因: <input type="checkbox"/> 投保时未如实告知 <input type="checkbox"/> 保全项目中未如实告知 <input type="checkbox"/> 健康状态改善 <input type="checkbox"/> 变更或取消特别约定
10 <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
11 <input type="checkbox"/> 减额交清	1. 减额交清后不可再恢复原基本保额。2. 保单办理减额交清后, 保额相应减少, 本公司按减少后的保额承担相应的保险责任。
12 <input type="checkbox"/> 交费期间变更	险种名称: _____ 交费年期变更为: _____ 年注: 本项目只受理年期缩短的申请, 且变更后的交费年期需符合条款约定。 险种名称: _____ 交费年期变更为: _____ 年注: 本项目只受理年期缩短的申请, 且变更后的交费年期需符合条款约定。
13 <input type="checkbox"/> 投保人变更 变更后请同时变更续期交费信息	投保人变更原因: <input type="checkbox"/> 经济原因 <input type="checkbox"/> 投保人身故 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 新投保人姓名: _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 国籍: _____ 证件类型: <input type="checkbox"/> 境内居民身份证 <input type="checkbox"/> 其他证件 _____ 证件号码: _____ 证件有效期至: _____ 年 _____ 月 _____ 日
14 <input type="checkbox"/> 投保人资料变更 只填写发生变更的内容	是被保险人的: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 职业: _____ 职业代码: _____ 联系地址: _____ 省/直辖市 _____ 市 _____ 区/县 _____ 邮编: _____ 手机: _____ 家庭电话: 区号 _____ 号码 _____ 办公电话: 区号 _____ 号码 _____ 分机 _____ E-mail: _____ @ _____

变更项目	变更后内容																																										
15 <input type="checkbox"/> 付费人变更	付费人变更原因： <input type="checkbox"/> 经济原因 <input type="checkbox"/> 付费人身故 <input type="checkbox"/> 其它 _____ 新付费人姓名：_____ 性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期：_____年__月__日 国籍：_____ 证件类型： <input type="checkbox"/> 境内居民身份证 <input type="checkbox"/> 其他证件 _____ 证件号码： <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 证件有效期至：_____年__月__日 是被保险人的： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 职业：_____ 职业代码：_____ 联系地址：_____省/直辖市_____市_____区/县_____ 邮编：_____ 手机：_____ 家庭电话：区号_____ 号码_____ 办公电话：区号_____ 号码_____ 分机_____ E-mail: _____@_____ 开户银行：_____ 账户户名：_____ 结算账号： <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																										
16 <input type="checkbox"/> 被保险人基本信息变更	姓名：_____ 婚姻状态：_____ 证件有效期至：_____年__月__日 是投保人的： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 联系地址：_____省/直辖市_____市_____区/县_____ 邮编：_____ 手机：_____ 家庭电话：区号_____ 号码_____ 办公电话：区号_____ 号码_____ 分机_____ E-mail: _____@_____ 																																										
17 <input type="checkbox"/> 被保险人职业变更	新职业：_____， 职业代码：_____																																										
18 <input type="checkbox"/> 被保险人年龄性别变更	姓名：_____ 性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期：_____年__月__日 证件类型： <input type="checkbox"/> 境内居民身份证 <input type="checkbox"/> 其他证件 _____ 证件号码： <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 证件有效期至：_____年__月__日																																										
19 <input type="checkbox"/> 受益人变更 填写变更后的全部受益人资料	请先确定受益人性质： <input type="checkbox"/> 生存受益人 <input type="checkbox"/> 身故受益人 <input type="checkbox"/> 满期受益人 <table border="1"> <thead> <tr> <th>姓名</th> <th>性别</th> <th>出生日期</th> <th>证件类型</th> <th>证件号码</th> <th>证件有效期至</th> <th>是被保险人的</th> <th>受益顺序</th> <th>受益比例</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> %</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> %</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> %</td> </tr> </tbody> </table>	姓名	性别	出生日期	证件类型	证件号码	证件有效期至	是被保险人的	受益顺序	受益比例									%									%									%						
姓名	性别	出生日期	证件类型	证件号码	证件有效期至	是被保险人的	受益顺序	受益比例																																			
								%																																			
								%																																			
								%																																			
20 <input type="checkbox"/> 受益人资料变更 仅填写发生变更的内容																																											
21 <input type="checkbox"/> 保单拆分	<input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 付费人 <input type="checkbox"/> 被保险人 _____ 拆分原因： <input type="checkbox"/> 离职 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 经济原因 <input type="checkbox"/> 其它 _____																																										
22 <input type="checkbox"/> 银行账户授权及收付费方式变更	开户银行：_____ 账户户名：_____ 结算账号： <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																										
23 <input type="checkbox"/> 续期缴费	申请人数合计：_____ 单位缴费合计金额：_____																																										
24 <input type="checkbox"/> 补发团单 <input type="checkbox"/> 补发个人凭证	申请补发原因： <input type="checkbox"/> 客户丢失 <input type="checkbox"/> 业务员丢失 <input type="checkbox"/> 其它 _____																																										
25 <input type="checkbox"/> 其它																																											

保险款项转账收付授权客户须知

1. 账户所有人须以申请资格人本人的真实姓名开立结算账户，并自愿授权本公司使用指定银行结算账户（以下简称授权账户）用于保险款项转账收付。
 2. 如果因授权人提供的授权账户错误、账户注销、账户余额不足或者不符合本公司对授权账户的要求而导致转账不成功，本公司不承担由此引起的责任。
 3. 本公司不对该授权账户的失窃或冒领承担责任。

保险款项补退费方式（仅提供转账方式）：

<input type="checkbox"/> 续期交费账户	<input type="checkbox"/> 其他账户	开户银行：_____ 账户户名：_____ 结算账号： <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					

申请人及相关人签名：

投保单位（签章）： 经办人签字：	投保人/付费人签名：	被保险人其监护人签名：	受益人或其监护人签名：																																											
委托代办人签名：		证件类型：_____ 有效证件号码： <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						营业单位：_____ 业务员代码： <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						

公司受理人签名：_____ 受理日期：_____年__月__日 备注：_____