

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"/> 投保人姓名	
申请日期	年 月 日	变更生效日期	年 月 日零时起

以下变更涉及收付退费项目，特授权转帐至如下指定帐户（如涉及退费项目必须为原交费帐户）  
 开户银行：\_\_\_\_\_

户名：\_\_\_\_\_ 帐号：\_\_\_\_\_

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。
- 本公司就投保人和被保险人的有关情况提出询问，投保人和被保险人应当如实告知，如果投保人或被保险人故意或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，本公司有权解除本合同或取消该被保险人的保险资格。如果投保人或被保险人故意不履行如实告知义务，对于解除本合同或取消该被保险人的保险资格前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。如果投保人或被保险人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，对于解除本合同或取消该被保险人的保险资格前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。所有告知事项以书面告知为准，口头告知无效。
- 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
<input type="checkbox"/> 增加被保险人 <input type="checkbox"/> 增加保额 <input type="checkbox"/> 减少被保险人 <input type="checkbox"/> 无名单减少被保险人 <input type="checkbox"/> 保单解约 <input type="checkbox"/> 犹豫期退保 <input type="checkbox"/> 分单犹豫期退保 <input type="checkbox"/> 保障变更	申请人数合计：_____人，具体详见团体人身保险被保险人变更申请清单。 变更详情：  申请原因：
<b>投保人声明：</b> 上述涉及保险权益变化（减少被保险人、保障变更、保单解约、犹豫期退保）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，如涉及法律纠纷，由投保人承担相关责任。	
<b>团体告知：</b> （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	
<input type="checkbox"/> 投保人变更	单位名称 _____ 单位总人数 _____ 组织机构代码 _____ 工商注册号 _____ 税务登记号 _____ 统一社会信用代码 _____ 经营区域 _____ 行业类别 _____ 单位性质 _____ 法定代表人 _____ 联系电话 _____ 单位传真号码 _____ 联系地址 _____ 邮政编码 _____
<input type="checkbox"/> 投保人资料变更	联系人 _____ 联系电话 _____ 开户银行 _____ 户名 _____ 账户号码 _____
公章（样）： <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div>	

