

团体保全变更申请书(短期险专用)

条形码粘贴区

版本: V2.0

版本时间: 2025年07月

申请须知

- 请您在所申请事项前的“口”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。
- 为保障您的合法权益,请您务必真实、完整提供包括但不限于投保人、被保人、受益人等业务相关人员的信息及身份证件。
- 为有效履行金融机构反洗钱相关义务,当您缴纳的保费金额达到人行客户身份识别要求时,请您填写《客户身份基本信息登记表》。
- 请您扫描右侧二维码阅读《隐私协议》《儿童个人信息保护政策》《投保和保险合同变更个人信息处理授权条款》。



保险合同号码		口投保单位名称	
投保单号码		口投保人姓名	
保全受理号		保全条码	

申请方式	<input type="checkbox"/> 客户本人办理 <input type="checkbox"/> 业务员代办 <input type="checkbox"/> 其他内部转办 <input type="checkbox"/> 其他_____		
------	---	--	--

申请日期	年 月 日	变更生效日期	年 月 日 零时起
------	-------	--------	-----------

申请人	姓名	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____	国籍	<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____
	出生日期	证件号码		性别	

以下变更涉及收付退费项目,特授权如下指定帐户(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_____办理本申请书指定申请事项,授权委托有效期从_____年_____月_____日至_____年_____月_____日。

代办人	姓名	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____	国籍	<input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他_____
	出生日期	证件号码		性别	

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	<p>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。</p> <p>变更详情: 申请原因:</p> <p>投保人声明: 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,投保人已知晓所有相关被保险人,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。</p> <p>团体告知: (在所选择的“口”内加“√”号确认,若空白则视作以下问题答案均为无)</p> <p>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</p> <p>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</p>

变更项目	变更后内容				
<input type="checkbox"/> 投保人变更 <input type="checkbox"/> 投保人资料变更 (只填写发生变更的内容)	单位名称			单位总人数	
	单位通讯地址			邮政编码	
	执照证件类型	<input type="checkbox"/> 营业执照 <input type="checkbox"/> 其他_____		执照有效止期	
	单位经营区域	<input type="checkbox"/> 当地_____ <input type="checkbox"/> 全省/直辖市		单位性质	
		<input type="checkbox"/> 全国 <input type="checkbox"/> 跨国		行业类别	
	变更其他内容:				
	联系人姓名			联系人手机号码	
	开户银行			户名	
	账户号码			公章:	
提示: 按照监管要求, 当您申请投保人变更时, 请您配合填写《客户身份基本信息登记表》。					
<input type="checkbox"/> 特别约定变更	变更后:				
<input type="checkbox"/> 单位名称变更	变更后:				
<input type="checkbox"/> 定期结算	结算起始日期:		结算期限(天):	结算周期(月):	
<input type="checkbox"/> 定期结算信息维护	结算限额(元):		结算比例:	违约利率:	
<input type="checkbox"/> 账户资金转移	申请人数: _____人,具体详见团体人身保险被保险人变更申请清单。				
<input type="checkbox"/> 给付授权	申请人数: _____人,具体详见团体人身保险被保险人变更申请清单。				
<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"/> 补发团单	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:				
<input type="checkbox"/> 被保险人基本信息变更	<input type="checkbox"/> 变更单个被保险人	姓名: _____ 婚姻状况: _____ 证件有效期: _____年____月____日至____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_____ 通讯地址: _____省/直辖市_____市_____区/县_____ 邮政编码: _____ 手机号码: _____ 家庭电话: 区号_____号码_____ 办公电话: 区号_____号码_____分机号_____ 电子邮箱: _____@_____			
		<input type="checkbox"/> 变更多个被保险人	申请变更人数合计: _____人, 具体详见团体人身保险被保险人变更申请清单。		

变更项目	变更后内容	
□被保人年龄性别变更	□变更单个被保险人	姓名: _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期: _____ 证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 证件号码: _____ 证件有效期: _____年____月____日至____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 _____
	□变更多个被保险人	申请变更人数合计: _____人, 具体详见团体人身保险被保险人变更申请清单。
□被保人职业变更	□变更单个被保险人	新职业名称: _____ 职业代码: _____
	□变更多个被保险人	申请变更人数合计: _____人, 具体详见团体人身保险被保险人变更申请清单。
□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: _____	
□车牌号码变更	变更后: _____	
□不定期缴费	交费金额合计: ¥ _____ 元	
□公共账户减保	提取金额: ¥ _____ 元	
□保险责任(期限)中止	效力中止日期 _____年____月____日	
□保险责任(期限)恢复	效力恢复日期 _____年____月____日	
□建工险延期	延期至 _____年____月____日	
□其它项目		

申请人及相关人签名:

投保人签章: 经办人: _____ 联系电话: _____ 已发送邮件, 电子邮箱及主题: 申请日期: _____ 邮件发送日期: _____	被保险人签名: 证件类型: _____ 证件号码: _____ 联系电话: _____	受托人签名(签章): 证件类型: _____ 证件号码: _____ 联系电话: _____
保险公司服务人员签名: 业务代码: _____ 业务部门: _____ 联系电话: _____ 收单日期: _____	公司受理人意见栏: 公司受理人签名: 受理日期: _____	核保人意见: 签字: _____ 年 月 日 运营负责人意见: 签字: _____ 年 月 日