

## 团体人身保险合同变更申请书

**公司提示:**

- 1、请在需变更的项目的□内打“√”，用黑色钢笔或黑色签字笔正楷详细填写需变更的内容。
- 2、申请书内容请避免涂改，保险单号码、姓名、金额、签名/签章、转账账户信息不得涂改，其他申请书内容若有涂改，请重新填写或由申请人在涂改处签名（签章）。
- 3、为了维护您的利益，请勿在空白申请书上签名（签章），请慎重核对所填写的资料。

保险单号码				申请日期	年 月 日			
投保人								
<b>变更项目</b>	<b>变更后的内容</b>							
<input type="checkbox"/> 投保人信息变更 <input type="checkbox"/> 投保人主体变更 <input type="checkbox"/> 投保人签章变更 <input type="checkbox"/> 授权经办人主体变更 <input type="checkbox"/> 授权经办人信息变更	投保人名称				经营范围			
	投保人地址				注册资本			
	证件类型	<input type="checkbox"/> 统一社会信用代码 <input type="checkbox"/> 组织机构代码证 <input type="checkbox"/> 营业执照注册号 <input type="checkbox"/> 税务登记证号 <input type="checkbox"/> 其他: _____						
	证件号码			证件有效期间	年 月 日至 年 月 日		邮政编码	
	控股股东 (实际控制人)				证件类型			证件号码
	证件有效期间	年 月 日至 年 月 日						
	法定代表人				证件类型			证件号码
	证件有效期间	年 月 日至 年 月 日						
	负责人				证件类型			证件号码
	证件有效期间	年 月 日至 年 月 日						
	授权经办人				证件类型			证件号码
	证件有效期间	年 月 日至 年 月 日						
	电子邮箱				联系电话			
	账户名				签 章:			
	开户银行				(留样)			
账户号码								
请您选择在我司的其他保险单是否同步变更授权经办人信息: <input type="checkbox"/> 同步变更所有保险单 <input type="checkbox"/> 仅变更当前保险单 提示: 投保人信息变更将同步变更您在我司的其他保险单。								
<input type="checkbox"/> 年金领取方式变更 <input type="checkbox"/> 领取起始日期类型变更	领取方式变更	<input type="checkbox"/> 一次性领取 <input type="checkbox"/> 按年领取: <input type="checkbox"/> 定额平准型 <input type="checkbox"/> 定额递增型 <input type="checkbox"/> 十年固定定额平准型 <input type="checkbox"/> 十年固定定额递增型 <input type="checkbox"/> 按月领取: <input type="checkbox"/> 定额平准型 <input type="checkbox"/> 定额递增型 <input type="checkbox"/> 十年固定定额平准型 <input type="checkbox"/> 十年固定定额递增型 <input type="checkbox"/> 分次领取: <input type="checkbox"/> 按年分次 <input type="checkbox"/> 按月分次   单次领取金额: _____元						
	领取起始日期类型变更	<input type="checkbox"/> 生日 <input type="checkbox"/> 1月1日 <input type="checkbox"/> 合同生效日对应日 提示: 仅适用于条款有年金领取方式和领取日期类型变更约定的保险单, 且须在年金领取起始日前提出申请。						
<input type="checkbox"/> 责任起期变更 <input type="checkbox"/> 责任终期延期	责任起期:	____年__月__日		变更原因: _____				
	提示: 仅适用于保险期间开始前提出申请, 变更前后的保险期间长度不变。							
<input type="checkbox"/> 保险单补发/换发	责任终期:	____年__月__日		变更原因: _____				
	提示: 仅适用于条款有变更约定的保险单, 且须在保险单有效期内提出申请。							
<input type="checkbox"/> 建工险停工 <input type="checkbox"/> 建工险复工	<input type="checkbox"/> 保险单 <input type="checkbox"/> 个人凭证							
	<input type="checkbox"/> 挂失补发 <input type="checkbox"/> 污损换发   提示: 原保险单自补发之日起作废, 日后因已作废的原保险单发生的任何纠纷与保险公司无关。							
<input type="checkbox"/> 建工险建筑面积变更 <input type="checkbox"/> 建工险工程造价变更	停工日期: ____年__月__日		复工日期: ____年__月__日					
	提示: 1、只适用于保险单有效期内提出申请。2、工程停工期间, 保险公司不承担保险责任。							
<input type="checkbox"/> 年金险管理费变更 <input type="checkbox"/> 红利领取方式变更	建筑面积: _____m <sup>2</sup>		工程造价: ¥ _____元					
	提示: 仅适用于众恒团体年金保险产品。							
<input type="checkbox"/> 复效 <input type="checkbox"/> 投保人账户减保	管理费比例: _____%		提示: 仅适用于条款有红利领取方式变更约定的保险单。					
	提示: 1、非年金险须同时填写投保团体告知事项。2、只适用于条款有复效约定的保险单。							
<input type="checkbox"/> 解除合同	减少金额: ¥ _____元		减少比例: _____%					
	提示: 账户减保的次数和账户减保的金额或比例限制须符合保险条款约定。							
	<input type="checkbox"/> 犹豫期退保   首期发票是否遗失: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否   提示: 仅适用于条款有犹豫期退保约定的保险单。 <input type="checkbox"/> 退保   投保人是否已通过职工大会等方式确保所有被保险人知悉退保事宜。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 提示: 已到年金领取起始日的被保险人不办理退保。							
<input type="checkbox"/> 保险公司解除合同 解除合同原因: _____								

<input type="checkbox"/> 特别约定变更	新增特别约定：
<input type="checkbox"/> 保险标的变更	车牌号码变更为：_____ 变更原因：_____
<input type="checkbox"/> 法人客户资金提取	提取金额：_____ 提取原因：_____
<input type="checkbox"/> 其他变更项目	请列明变更事项及原因：
因变更需补、退费的业务 款项收付方式	<input type="checkbox"/> 支票 <input type="checkbox"/> 银行转账（如选择银行转账请填写下列转账授权信息） <input type="checkbox"/> 其他_____
	解除合同请选择：退费账户是否为原缴费账户 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 选择“否”，请列明无法退回原缴费账户的原因：
	账 户 名：_____ 开户银行：_____
	账 户 号 码：_____

### 投保团体告知事项

本栏年金类险种不须填写，寿险填写1-6项；意外险及意外医疗填写1-3项及8项；其他健康险填写1-8项。

1.投保团体是否正在申请或已购买其他保险公司的商业保险？如“是”，请详细描述： 保险公司_____ 险种名称_____ 保费规模_____ 赔付额度_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2.过去两年内是否有成员死亡或伤残？如“是”，请填写： 年 疾病身故人数：_____ 意外身故人数：_____ 残疾人数：_____ 因伤住院人数：_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
年 疾病身故人数：_____ 意外身故人数：_____ 残疾人数：_____ 因伤住院人数：_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3.是否有身体残疾或智力残疾、精神残疾的被保险人？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4.目前是否有成员尚在病假中？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5.近一年内是否有成员因患病而不能全勤工作或减轻劳动量？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6.现在或者过去是否有患恶性肿瘤、癫痫、精神病、严重高血压、心脏病、中风、糖尿病酮症酸中毒、肾病、肾功能衰竭、肝硬化、白血病、血友病、红斑狼疮、艾滋病检测呈阳性反映等病症的被保险人？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7.投保团体是否已参加当地公费医疗或基本医疗保险？如“是”，参保人数 <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 部分_____人； 请详细描述参保情况_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8.成员连带被保险人是否包含未成年人？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

郑重提示：上述1-8项告知事项若为“是”，请按照本公司要求填写《团体人身保险被保险人个人事项告知书》；如有告知不实，本公司有权解除保险合同或取消被保险人资格。第8项告知事项若为“是”，请按照本公司要求填写《未成年连带被保险人声明书》。若空白未作选择，则视作以上问询告知均为“否”。

### 授权委托事项

本团体现委托\_\_\_\_\_先生/女士（有效证件类型\_\_\_\_\_证件号码\_\_\_\_\_）  
在\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日期间内在贵公司代为办理本申请书项下的保险合同变更事宜，并郑重声明凡由本授权委托引发的法律纠纷与贵公司无关，因此发生的一切纠纷皆由本委托团体负责。  
委托授权书确系委托团体签署。如有不实，受托人愿意承担由此引致的法律责任。

受托人（签名）：\_\_\_\_\_ 受托人联系电话：\_\_\_\_\_

#### 投保人声明：

投保人已仔细阅读知、理解贵公司提示和客户须知并同意遵守。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）：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

### 以下内容由保险公司工作人员填写

受理渠道： <input type="checkbox"/> 柜面 <input type="checkbox"/> 团险业务员 <input type="checkbox"/> 服务人员代办 <input type="checkbox"/> 其他_____	受理人（签名）：_____	受理日期：_____年_____月_____日
查验意见：_____	查验人（签名）：_____	
处理意见：_____	<input type="checkbox"/> 缴纳 <input type="checkbox"/> 退还 金额：¥_____元	
保全经办人（签名）：_____年_____月_____日	保全复核人（签名）：_____年_____月_____日	
核保意见	核保处理人（签名）：_____年_____月_____日	

### 客 户 须 知

1. 申请人应为基于法律及保险合同约定的保全项目变更资格人。
2. 本申请书的内容是申请人的真实意思表示，已确认无误。申请人承诺所提供的申请资料和信息真实有效，并授权中国太平洋人寿保险股份有限公司（以下简称太平洋寿险）调查其真实性。如因申请资料或信息不真实造成的损失由申请人承担相关责任。
3. 本申请书的变更事项经太平洋寿险批准后生效。需补交费的业务，如申请批准后10个工作日内太平洋寿险未收到应交款项，相应申请自动作废。本次申请如有未获批准的保险单，对应的申请自动作废。
4. 除申请人书面申请并由太平洋寿险正式程序修改或批注的内容外，其他任何人的口头及书面承诺均属无效。
5. 申请人联系方式变更时须及时办理变更手续，申请人未及时办理变更手续的，太平洋寿险按照申请人通过双方认可的方式留存的最后联系方式发送的有关通知，均视为已送达。
6. 若申请变更的保险合同单个被保险人保险费金额人民币2万元以上且以现金形式缴纳或20万元以上且以转账形式缴纳的，或者申请的退费金额达到1万元以上的，根据国家相关法律规定，同时为保证申请人合法权益，请申请人补充填写《客户身份基本信息补充表（非自然人）》。
7. 若投保人税收居民身份信息发生变更的，根据国家相关法律规定，请申请人填写《机构客户税收居民身份声明文件》，必要时还需补充填写《控制人税收居民身份声明文件》。
8. 如有未尽事宜，详见保险合同条款。

团险业务员姓名：\_\_\_\_\_ 团险业务员工号：\_\_\_\_\_ 团险业务员联系电话：\_\_\_\_\_