

## 团体人身保险被保险人变更申请清单（多主险版）

增加被保险人 减少被保险人 替换被保险人（请将替换的人员分别填写在同一行增加（换入）、减少（换出）的人员信息栏中） 变更原因：\_\_\_\_\_ 单位：元

保险单号码		投保人										申请日期		年 月 日		另附变更清单：是 <input type="checkbox"/>					
序号	增加被保险人姓名	被保险人属性 (仅连带被保险人填写)	主被保险人姓名	主被保险人证件号码	证件类型	证件号码	证件有效期(年/月/日)	性别	出生日期	国籍	职业工种	地址	联系电话	层级	个人保额/月薪	身故受益人	减少被保险人姓名	证件号码	责任起期/责任终期	是否出险	

本页合计人数：\_\_\_\_\_人 本页合计金额：\_\_\_\_\_元 第\_\_\_\_\_页，共\_\_\_\_\_页

提示：1、本变更申请清单每次仅能选择一项保全变更。如另附清单需勾选“是”，则本页表格部分可以不填写。2、未指定身故受益人的，该被保险人的法定继承人作为身故受益人。3、新增被保险人仅本公司批准同意的保险产品可连带被保险人。4、被保险人属性填写说明：01-主被保险人，02-主被保险人配偶，03-主被保险人子女，04-主被保险人父母。5、新增或替换被保险人，需填写背面的投保团体告知书，并由投保团体签章。6、被保险人替换仅限本公司批准的短期险团单。本公司不接受附加险单独替换。7、保额为月薪倍数时，‘月薪’栏必填；团体长期补充医疗保险（B款）新增被保险人时，‘个人保额’栏必填。8、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）》。

**投保团体声明与授权：**

1、本团体在本变更申请清单中所填的各项内容均属事实，涉及被保险人权益的变更事项均经被保险人或其法定监护人同意。如有隐瞒或日后发现与事实不符，由本团体承担相关责任。

2、如有必要，你公司有权对我方员工进行医疗评估及检查，并作为审核本变更申请清单有关的理赔申请的依据。

3、本变更申请清单的变更事项经你公司批准后生效。需补交费的业务，如申请批准后10个工作日内你公司未收到应交款项，相应申请自动作废。本次申请如有未获批准的保单，对应的申请自动作废。

4、增加被保险人，即使本团体已预交保险费，对应的新保险凭证仍未生效，你公司应负的保险责任自你公司同意承保开始。

5、未成年被保险人（未满18周岁）在18周岁前的死亡给付保险金额总和以中国保险监督管理委员会《关于父母为其未成年子女投保以死亡为给付保险金条件人身保险有关问题的通知》【保监发（2015）90号】规定为准。如不满10周岁的未成年被保险人的死亡给付保险金额总和超过20万元（含在其他保险公司已承保的金额），或已满10周岁但未满18周岁的未成年被保险人的死亡给付保险金额总和超过50万元（含在其他保险公司已承保的金额），则你公司不予承保。

6、补、退费业务款项收付方式：支票 转账 留存客户余额（或优先使用客户余额进行缴费） 其他\_\_\_\_\_ 转账账户信息：账户名：\_\_\_\_\_ 开户行：\_\_\_\_\_ 账号：\_\_\_\_\_

7、本团体委托\_\_\_\_\_先生/女士（有效证件类型\_\_\_\_\_证件号码\_\_\_\_\_）在\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日期间内在你公司代为办理本变更申请清单中以上变更事宜，并郑重声明由本授权引发的法律纠纷与你公司无关，因此发生的一切纠纷皆由本团体负责。

受托人声明：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。

投保人（签章）：\_\_\_\_\_ 受托人（签名）：\_\_\_\_\_ 受托人联系电话：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

保险公司填写：受理渠道：柜面 团险业务员 服务人员代办 其他\_\_\_\_\_ 受理人（签名）：\_\_\_\_\_ 受理日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 查验人（签名）：\_\_\_\_\_ 保全处理人（签名）：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 核保处理人（签名）：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

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

## 团体人身保险投保团体告知书

保险单号码：

投保人名称：

本告知书年金类险种无须填写；寿险填写 1-6 项及 8 项；意外险及意外医疗险填写 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\_\_\_\_\_

是 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	

3. 是否有身体残疾或智力残疾、精神残疾的被保险人？

是 否

4. 目前是否有成员尚在病假中？

是 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？

是 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？

是 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 全部 部分\_\_\_\_\_人；请详细描述参保情况\_\_\_\_\_

是 否

8. 成员连带被保险人是否包含未成年人？

是 否

郑重声明：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”。

投保人（签章）：\_\_\_\_\_