

## 团体保全变更申请书

单证编号：030006

保险合同号码：\_\_\_\_\_ 投保单位名称：\_\_\_\_\_

1、 <input type="checkbox"/> 投保人资料变更	变更原因：_____ 投保单位新名称：_____ 单位性质：_____ 发票打印类型：_____ 社会统一信用代码：_____ 组织机构代码：_____ 税务登记证号：_____ 投保单位新地址：_____ 邮政编码：_____ 联系人姓名：_____ 联系人电话：_____ 其他：_____
2、 <input type="checkbox"/> 被保险人、受益人资料变更 <input type="checkbox"/> 被保险人资料变更 <input type="checkbox"/> 受益人变更 ( <input type="checkbox"/> 原受益人资料变更、 <input type="checkbox"/> 增加受益人、 <input type="checkbox"/> 更换受益人 )	变更原因：_____ 客户号：_____ 变更后信息： 姓名：_____ 性别：_____ 出生日期：_____ 证件类型：_____ 证件号码：_____ 证件有效期：_____ 其他：_____
3、 <input type="checkbox"/> 建工险保险期限调整	<input type="checkbox"/> 延长工期：从____年__月__日延长至____年__月__日 <input type="checkbox"/> 停工：从____年__月__日开始 <input type="checkbox"/> 复工：从____年__月__日开始
4、 <input type="checkbox"/> 保单挂失、解挂	<input type="checkbox"/> 保单挂失：申请原因： <input type="checkbox"/> 遗失 <input type="checkbox"/> 毁损 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 保单解挂
5、 <input type="checkbox"/> 保单补发	
6、 <input type="checkbox"/> 保单退保 7、 <input type="checkbox"/> 保单犹豫期退保	退保原因： <input type="checkbox"/> 经济原因 <input type="checkbox"/> 险种不满意 <input type="checkbox"/> 服务不满意 <input type="checkbox"/> 业务员告知不实 <input type="checkbox"/> 其他_____
8、 <input type="checkbox"/> 归属条件及比例变更	
9、 <input type="checkbox"/> 红利领取方式变更	<input type="checkbox"/> 抵交续期保费 <input type="checkbox"/> 累积生息
10、 <input type="checkbox"/> 特约变更 11、 <input type="checkbox"/> 新增保障层级 12、 <input type="checkbox"/> 其他_____	请说明具体内容
*收、付款方式： <input type="checkbox"/> 银行转账 <input type="checkbox"/> 网银 <input type="checkbox"/> 其他_____	开户行名称：_____ 户名：_____ 账号：_____

 申请方式： 委托保险公司服务人员代办    委托他人代办    客户亲办

**提示：请您切勿盲目办理退保、部分领取等退费项目，谨慎投资，远离非法集资，谨防经济损失。**

### 投保单位声明

上述涉及保险权益变化的申请事项，投保人已告知所有相关被保险人，并且征得被保险人的同意，如涉及法律纠纷，由投保人承担相关责任。投保人确认《投保单位团体告知声明书》中的内容均属实。

### 委托授权书

投保人全权委托\_\_\_\_\_ (证件类型\_\_\_\_\_ 证件号：\_\_\_\_\_) 办理以上保全申请事项，日后如有任何法律纠纷均由委托人自行负责。

受托人(如为我公司服务人员 请同时填写业务代码)签名：	投保单位经办人签名：	保险公司受理人签名：	被保险人签名：	投保单位签章：
联系电话：	联系电话：	联系电话：	联系电话：	
日期：_____年__月__日	日期：_____年__月__日	日期：_____年__月__日	日期：_____年__月__日	日期：_____年__月__日

## 投保单位团体告知声明书

<p>若任一被保险人(含附属被保险人)存在下述各项中的任一情况,请在“□是”打“√”,并在下方“详细描述”栏中说明或提供该被保险人的个人告知声明书。否则请在“□否”打“√”,若未作选择,则视作对应询问项为“否”。</p>	
<p>1、目前是否有被保险人因身体不健康导致不能正常工作,正在病休、住院或病假中?</p>	<p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>是    <input type="checkbox"/>否</p>
<p>2、近一年内是否有因患疾病而持续 5 个工作日以上不能正常上班工作或因此减轻劳动量的被保险人?</p>	<p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>是    <input type="checkbox"/>否</p>
<p>3、是否有被保险人患有智能障碍、失明、聋哑及言语、咀嚼或身体其他部位缺损、残疾或功能障碍?</p>	<p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>是    <input type="checkbox"/>否</p>
<p>4、是否有被保险人的职业涉及或接触任何危险物品(化学物质、爆炸物、有毒物质或其他危险物)、三米以上高处作业、潜水或水下作业、隧道坑道或井下作业等危险工作?</p>	<p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>是    <input type="checkbox"/>否</p>
<p>5、是否有被保险人因工作需要经常前往中国大陆以外的地区或国家?</p>	<p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>是    <input type="checkbox"/>否</p>
<p>6、是否有被保险人患有下列疾病:恶性肿瘤、心脏病(心功能不全 II 级及以上)、心肌梗塞、高血压病(II 期及以上)、白血病、肝硬化、慢性阻塞性支气管疾病、脑血管疾病、慢性活动性肝炎、慢性肾脏疾病、肾功能不全、糖尿病、再生障碍性贫血、先天性疾病、遗传性疾病、精神类疾病或精神分裂、癫痫、艾滋病、阿尔茨海默病、帕金森氏病?</p>	<p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>是    <input type="checkbox"/>否</p>
<p>详细 描述</p>	
<p>声 明</p>	<p style="text-align: center;">我单位对上述内容均已了解,并保证所有陈述均属实,如发现有虚假不实或隐瞒,保险公司有权根据保险法规定解除保险合同,并对解除保险合同前所发生的保险事故不承担保险责任。</p>