利安人寿保险股份有限公司
LIAN LIFE INSURANCE CO.,LTD.

单证类别：030007
编　　号：

团体保全被保险人变更申请书

利安人寿保险股份有限公司：我公司现申请对保险合同号码：_____投保单位名称：_____作如下项目的变更：
☐增加被保险人：申请人数合计：_____ ☐减少被保险人：申请人数合计：_____ ☐更换被保险人：申请人数合计：_____
☐被保险人保障层级变更：申请人数合计：_____ ☐被保险人无名单补名单：申请人数合计：_____
收付款方式：1、☐银行转账　2、☐网银　3、☐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

序号	申请类型	姓名	与被保险人关系	证件类型	证件号码	性别	出生日期	职业	职业代码	保障层级	申请日期	是否参加社保	是否中国税收居民	其他及备注
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														

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。

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。投保人确认《投保单位团体告知声明书》中的内容均属实。投保人已告知被减少和被替换的被保险人，其对应的保险责任自投保人提出本申请次日起即行终止，否则，由此引发的纠纷和造成的损失由投保人自行负责。

特此声明。

投保人已仔细阅读《隐私政策》（扫描底部二维码查看），承诺已告知并征得所有被保险人和指定受益人同意及授权，投保人及所有被保险人、指定受益人已知晓本隐私政策条款，已清晰地了解个人信息的收集目的、可能的用途等全部内容。且基于上述目的，同意并授权贵公司依照其业务需要收集相关人员的个人信息及对该等信息进行处理。

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: 日期:　　年　月　日	联系电话: 日期:　　年　月　日	日期:　　年　月　日	联系电话: 日期:　　年　月　日	日期:　　年　月　日

说明：1、申请类型请注明“加人”、“减人”、“层级变更”、“无名单补名单”（“换人”请在备注中说明） 2、 付款账号名须与投保人名称一致3、保全生效日为申请日的次日（若与投保人有协议，按协议规定操作），具体生效日期以批单所载日期为准4、如变更人数较多，请以人员清单确认5、如“是否中国税收居民”栏填写“否”，请进一步详细填写税收居民身份声明文件。

利安人寿保险股份有限公司
LIAN LIFE INSURANCE CO.,LTD.

投保单位团体告知声明书

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”。	
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？	□是 □否
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？	□是 □否
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？	□是 □否
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？	□是 □否
5、是否有被保险人因工作原因需要经常前往中国大陆以外的地区或国家？	□是 □否
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？	□是 □否

详细描述	
声明	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。