

保险合同变更申请书（团体申请）

投保单位名称：_____

团体保单号：_____

个人保单号：_____

被保险人姓名：_____

申请须知：请您用钢笔或签字笔在变更项目前的□内打“√”，并工整填写相关内容，避免涂改，否则本申请视为无效。申请人应保证申请书中所填写的内容真实、准确，并由本人亲自签章确认。为维护您的权益，请勿在未填写的空白申请书上签名或盖章。

★ 变更明细以签章确认的附件清单为准，与本申请书一并提供。

(一) 信息变更类									
变更信息类型		变更后信息							
□ 投保单位	投保单位名称								
	注册地址					注册电话			
	注册开户行					注册账号			
	证件信息					其他信息			
	法定代表人信息	姓名：_____		证件类型：_____					
		证件号码：_____		证件有效期起/止日期：_____					
□ 被保险人 (变更身份信息可能会产生补退费)	姓名	_____	性别	_____	出生日期	_____年__月__日	国籍	_____	
	证件类型	□ 身份证 □ 护照 □ 户口簿 其它 _____							
	证件号码					联系电话			
	证件有效期起期				证件有效期止期				□ 长期
	职业名称					其他信息			
(二) 人员变更类									
□ 增加被保险人	★ 投保人已确认申请增加的被保险人在提交申请时未发生保险事故。							□ 使用挂账	
□ 减少被保险人	★ 投保人声明：本保险合同下所有相关被保险人均已知悉退保事项。提出本申请前所有理赔案件均已结案。							□ 退费挂账	
(三) 保障变更类									
□ 犹豫期内退保 □ 犹豫期外退保	申请原因： □ 资金周转 □ 投保人进入清算程序 □ 公司内部重大变动 □ 转投其他险种 □ 转投其他公司保险 □ 服务不满意 □ 其他 _____				□ 所有险种 □ 部分险种 (请填写险种名称) _____				
					缺失声明：□ 保险合同/个人凭证 □ 保费发票 (上述单证自退保之日起作废，由此引发的问题与保险公司无关)				
	★ 投保人声明：本保单下所有相关被保险人均已知悉退保事项。提出本申请前所有理赔案件均已结案。								
当交费人为被保险人时，请勾选被保险人税收居民身份： □①仅为中国税收居民 □②仅为非居民 □③既是中国税收居民又是其他国家(地区)税收居民 □④豁免个人， 如选择②或③请同时填写《个人客户税收居民身份声明文件》。									
□ 减少保额	★ 减少后的保额不得低于投保时的最低保额要求，同时须满足主附险保额关系的要求。								
□ 减额交清	★ 保单减额交清后保险金额同时减少，无需继续交纳剩余期限的保险费，且生效后不可撤销。								
□ 保单复效	★ 投保人声明：已如实填写健康告知书等资料，并认可自恢复效力之日起重新计算等待期。								
□ 减少账户金额	_____ 账户减少金额 _____ 元				□ 退至公共账户		□ 退费挂账		

(四) 领取类			
<input type="checkbox"/> 生存类保险金领取	<input type="checkbox"/> 开通自动支付 ★ 投保人声明： 申请开通自动支付的被保险人已知悉保险公司将定期进行领取资格认证，通过后方可自动转账支付。 税收居民身份： <input type="checkbox"/> ①仅为中国税收居民 <input type="checkbox"/> ②仅为非居民 <input type="checkbox"/> ③既是中国税收居民又是其他国家(地区)税收居民 <input type="checkbox"/> ④豁免个人，如选择②或③请填写《个人客户税收居民身份声明文件》。		
<input type="checkbox"/> 一次性领取选择权	★ 一次性领取养老保险金的数额在保险合同上载明，领取后保险责任终止。	缺失声明： <input type="checkbox"/> 保险合同/个人凭证 (上述单证自保险责任终止之日起作废，由此引发的问题与保险公司无关)	
(五) 服务变动类			
<input type="checkbox"/> 保障延续 <input type="checkbox"/> 交费来源变更	交费账户名		银行名称
	银行账号		银行预留手机号
<input type="checkbox"/> 保单迁移	交费人签字		被保险人签字
<input type="checkbox"/> 不定期交费	迁入团单号		迁入单位名称
<input type="checkbox"/> 其他变更事项	<input type="checkbox"/> 账户追加：_____ 账户追加 _____ 元。 <input type="checkbox"/> 账户转移：_____ 账户转移至 _____ 账户，合计金额 _____ 元。		
<p>客户信息使用授权声明条款：本人授权泰康养老保险股份有限公司(以下简称“泰康养老”)，基于提供更优质保险服务的目的，收集和使用本人的个人信息，范围包括本人提供给泰康养老的个人信息、享受泰康养老服务产生的信息(包含本单证签署之前提供和产生的信息)以及泰康养老为实现上述目的，根据承保、保全、理赔等服务需要向合法取得本人授权的第三方查询、获取与收集本人的个人信息。本人理解并认可泰康养老因服务必要可对上述信息开展必要的使用及与相关机构合作的机构进行共享，但双方均应严格履行保密义务。此外，为满足监管要求，本人授权泰康养老向国家金融监督管理总局直接管理的中国银行保险信息技术管理有限公司(简称“中银保信”)报送本人的本次保单变更信息，贵司及中银保信均应严格履行保密义务，并采取各种措施保证本人信息安全。本条款自本单证签署时生效，具有独立法律效力，不受保险合同效力状态变化的影响。针对上述个人信息，你公司应在与本人的保险合同到期10年后对相关资料进行删除或脱敏处理，如果法律法规另有要求，将按相关要求执行。</p> <p>转账授权须知：交费人须以自己的真实名称/姓名开立银行账户，并自愿授权保险公司使用指定授权账户用于各类转账扣款。该授权账户中保险费转账优先于其他支付。如因账户金额不足、账户错误等原因导致转账不成功，由此产生的责任由交费人承担，且本公司不对该账户的失窃或冒领承担责任。涉及团体合同下财务收支委托的，本申请将授权退费类的保全项目产生的退费不退至原交费账户，而用于保单下挂账使用。</p>			
办理方式： <input type="checkbox"/> 经办人亲办 <input type="checkbox"/> 保险公司服务人员代办(业务员代码 _____) <input type="checkbox"/> 其他人代办 如委托代办请填写以下信息： 现全权委托 _____ (证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证/其他 _____ 证件号码 _____ 联系电话 _____)， 办理以上指定申请事项。授权委托日期同本申请书的申请日期，自该日起 _____ 日内有效。			
投保单位签章： 经办人签字： 代办人签字：			
			申请日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日
工作人员填写		受理人姓名： _____	受理日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日