

团体人身保险变更申请书

保险单号码：

1. 在所要办理的保全项目前打√，并在该项目对应横线内用黑色钢笔或签字笔准确清晰填写内容。
2. 如申请变更之内容在本申请书项目中未列入，请在“8. 其他保全申请”栏内详述；如有补充说明内容请在备注栏详述。
3. 您递交的申请书经本公司受理人受理签名（章）后，即作为您申请变更的依据，本公司将为您出具批单。

经办人信息	<input type="checkbox"/> 授权投保单位经办人 姓 名：_____性 别：_____ <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证件 <input type="checkbox"/> 其他_____ 证件号码：_____
1. <input type="checkbox"/> 客户信息变更类	<input type="checkbox"/> 投保人（单位）信息变更 <input type="checkbox"/> 身故受益人信息变更 <input type="checkbox"/> 被保险人重要信息变更（包括姓名、性别、出生日期、证件类型、证件号码五项） <input type="checkbox"/> 职业类别变更 <input type="checkbox"/> 被保险人基本信息变更 由原来的_____变更为_____ 由原来的_____变更为_____ (注：受益人变更时，请注明受益人证件号、性别、与被保险人关系及受益顺序和比例)
	<input type="checkbox"/> 增加主被保险人_____名，增加附属被保险人_____名 <input type="checkbox"/> 减少主被保险人_____名，减少附属被保险人_____名 <input type="checkbox"/> 同质风险增减人_____名
	3. <input type="checkbox"/> 保障计划变更
	详见人员清单
4. <input type="checkbox"/> 凭证补发类	<input type="checkbox"/> 保险合同补发 <input type="checkbox"/> 个人保险凭证补发 申请原因： <input type="checkbox"/> 遗失 <input type="checkbox"/> 毁损 <input type="checkbox"/> 其他（请列明）_____ 本次申请为本保单第_____次申请挂失补发
	5. <input type="checkbox"/> 保险合同终止类
	<input type="checkbox"/> 犹豫期退保 <input type="checkbox"/> 投保人解除合同 <input type="checkbox"/> 保险公司解除合同 退保原因：_____
6. <input type="checkbox"/> 建工险类	<input type="checkbox"/> 延长工期：从 年 月 日零时至 年 月 日二十四时止 <input type="checkbox"/> 停工：从 年 月 日零时开始 <input type="checkbox"/> 复工：从 年 月 日零时开始
	<input type="checkbox"/> 领取日期变更 <input type="checkbox"/> 领取年龄变更 <input type="checkbox"/> 领取方式变更 <input type="checkbox"/> 账户部分退保 <input type="checkbox"/> 账户部分领取 <input type="checkbox"/> 账户资金转移 <input type="checkbox"/> 满期结算 <input type="checkbox"/> 年金/生存金领取 <input type="checkbox"/> 不定期缴费，管理费比例_____ <input type="checkbox"/> 其他 _____
	8. <input type="checkbox"/> 其他保全申请类
	备注栏

团体保险变更申请应提供资料一览表

保全项目	应备文件	资料、证明文件清单
增加被保险人	2、3、6、7、12、13	1. 保险单原件（主单及个人保险凭证，未打印纸质保险单的无需提供）；
减少被保险人	2、3、5、6、13	2. 团体人身保险变更申请书；
同质风险增减人	2、3、5、6、12、13	3. 经办人身份证件原件和投保人出具的授权委托信息；
协议减少被保险人	2、3、5、6、11、13	4. 被保险人身份证原件或公安机关/户籍所在地出具的相关证明；
被保险人重要信息变更	2、3、4、5、13	5. 被保险人个人保险凭证；
被保险人基本信息变更	2、3、4、5、13	6. 相应被保险人名册；
职业类别变更	2、3、5、13	7. 个人健康告知事项（投保单位必须加盖印章）；
保障计划变更	2、3、5、6、13	8. 投保人出具的能表明被保险人知悉退保事宜的有效证明；
投保单位/人信息变更	1、2、3、13、14	9. 被保险人签名同意书；
特别约定变更	2、3、7、13	10. 工程所有人或工程承包人（施工单位）或当地建设工程质量安全监督机构或政府相关部门出具的中止或延期或恢复施工证明；
受益人变更	2、3、4、9、13	11. 协议或有关说明材料；
保险合同补发	1、2、3、13	12. 投保单位告知书；
个人凭证补发	2、3、4、5、13	13. 其他证明文件或资料（投保人为单位的需加盖投保单位公章）。
建意险中止/延期/恢复	2、3、10、13	
账户资金转移/不定期缴费	2、3、6、13	
账户部分退保/满期结算	2、3、13	
投保人解除合同	1、2、3、5、8、13	
协议退保	1、2、3、5、8、11、13	
保险公司解除合同	1、5、13	14. 投保人身份证件。

授 权 委 托 书

财信吉祥人寿保险股份有限公司_____公司

本单位现委托_____先生/女士（证件类型_____，证件号码_____）代为办理保险单号/个人保险凭证号为_____的第_____项中的_____保全变更事宜。授权截止至_____年_____月_____日。

若本次变更涉及退还保险费，请退至如下账户：

账户名											开户银行										
账号																					

委托人签名：_____联系电话：_____ 代办人签名：_____联系电话：_____

由此发生的一切纠纷皆由本委托单位/委托人负责。

投保人声明及信息授权须知：

我单位承诺本保全申请书及所附资料中所填写的内容均属实，上述涉及保险权益变化的申请事项，我单位已告知所有相关被保险人，并且征得被保险人的同意，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。我公司已知晓贵公司采集客户信息特别是电话和地址的用途，包括但不限于计算保费、核保、寄送保单、客户服务等。

我单位信息使用及授权：同意贵公司因业务需要有搜集、计算机处理、传递客户投保资料的权利。同意贵公司查阅、复制被保险人的相关医疗记录、病历及各类检查资料，授权被保险人就诊的医疗机构及保存被保险人医疗证明的其他机构，提供被保险人医疗相关记录予贵公司及相关再保险公司，此授权内容的影印件具备同等效力。同意将投保单位信息（投保单位名称、地址、联系号码、行业类别、单位性质、单位证件及号码、证件有效期、法定代表人、注册资本等）、被保险人、受益人、经办人身份信息(姓名、证件类型及号码、证件有效期、出生日期、性别、职业等），用于验证客户信息真实性。同意因保单打印服务需要将保单信息共享至贵公司保单打印外包合作商。同意贵公司向司法及监管部门、有权机关、行业协会、再保公司报送我单位的全部保单信息和保全、理赔信息，通过医疗机构、监管部门或指定的第三方合作机构核实投保信息真实性，核查获取与本次有关的承保、理赔、医疗等信息。监管部门基于为我单位或保险公司提供服务的需要可对上述信息进行必要的使用及与相关机构进行信息共享，但均应严格履行保密义务。

为向我单位提供优质、高效、便捷、多元化的综合金融服务，贵公司有权将我单位向贵公司提供的信息、在贵公司办理业务产生的信息（包括本授权签署之前及之后提供和产生的信息），上述信息包括但不限于我单位的注册信息、财产信息、账户信息、信用信息、交易信息及其他授权信息，提供给贵单位的股东、关联方及因服务必要委托的合作伙伴，仅用于数据统计分析、风险管控、提供服务、推荐产品、开展市场调查等。

被保险人签名（涉及被保险人时）:	投保单位经办人签名:	投保单位盖章:
	联系方式:	申请日期: 年 月 日
保险公司受理人:		受理日期: 年 月 日