



## 团体保险合同变更申请书 (保障变更类)

保险单号码:						1	_ 保单生效日期:						_日					
投保人名称/姓名:						保全生效日期:							月	_日				
			글:						定期结	算」	业务:	○否		○是	: (黑	(认为否)		
			人亲办 🖂															
若为委	托代办方	式. 请	<b>青填写以下内容</b>	代办人姓	 名:			i	证件类型	빈:			······································	牛 <del>号</del> 码:				
													—.					
			 f申请的项目。						르/# [6;	<u></u>	附五片	* 中 ;	事业 均	重加学				
	()	月1工 <i>门</i>	中阳时火口。	T11 ^	, ,	HI/J <del>/</del> E	1 中 相 人	2 K, 17 17	正六門.	у,	ר אל נול	14中1	自力が	而川田	以以不可	=   上早 /		
口傷	以单解组	勺	□犹	豫期退保			口其	他解约:						_				
退保原	因: _							_		退货	保金额:						-	
口傷	<b>建设计</b>	训添加	コ 询价卓	<del>号</del> :														
计划 描述	险种		<u></u> 险种名称	责任类型	保险	△恕	保险费	免赔额	赔付	日	限额/	伤残	有无	单位	公共	参加基本(公	退休	
лн~	代码		四件有机	页 正 关 空	小小	立砂	大型女 一	光炉砌	比例	个	人限额	标准	社保	人数	保额	费) 医疗人数	占比	
□∌	「増被化	呆险人		□无名单	实名	化		□减少	>被保	险人	、(填写如	生名、证	件号码	即可)				
				保险计划	T		职业	补/退			是否为′	↑ <sub>₩ ₹ →</sub>						
姓名 证件类		件类型 证件号码		<b>万</b> 妈		<b>延</b> 件有效期		保险计划 职业代		(1)与	类别 金额		预 社保 ·		体工商店	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	关系方式 ————————————————————————————————————	
口更	<b>手换被</b> 仍	呆险人																
	险				职业类别 新被保险 人姓名			证件类型	证件号码			证件有效期		职业	类别 联系	联系方式		
				7,721														
													1		1			

□被保险人保障计划调整												
姓名	证	件类型	证件号码	证件有效期	证件有效期 变更前保障计		更后保障计划	补/退费金额	有无社保			
	<u> </u>											
□建工险保单延期  □合同效力中止  □保单复效												
保单延	₩A .	延期天数	: 延期原因: 🗌	延期原因:□工程未开工延期 □ છ			资金原因延期 □放假、天气原因延期 □工:					
体干处:	747	原因描述	:									
*/	.ь	中止日期	: 中止原因: □	中止原因:□工程未开工中止 □资金原因中」			天气原因中止	□工程中途因其	它原因中止			
效力中.	╙	原因描述	:									
<b>保单复效</b> 复效日期			:									
口特	别约	定变更	□定期结算  [	□减额交清	□增补告知	□其他收付费项目:						
□本次保全相关账户信息												
□交费 □领款     本次业务补退费金额合计:      交费(领款)方式:												
□父贺   开户银		<b>マ</b> 火 家人	本 <b>公</b> 业:		ν <b>ι :</b>	授权账号:						
ハ <b>ア牧</b> 	(1):		<b>灰</b> 广名	:		13(1	<b>以灰 勺:</b>					

## 投保人声明:

- 1. 本单位(个人)保证所提供的信息资料真实合法有效,已仔细阅知、理解贵公司提示并同意遵守,谨以此申请书作为保险合同 变更要约,并同意贵公司依此办理上述变更事项。
  - 2. 本单位(个人)同意通过上述授权账户扣取本次申请项目应收款项或向该账户返还本次申请业务应退款项。
- 3. 本单位(个人)同意贵公司采集本次办理保险业务所需的信息要素(包括自然人姓名、国籍、证件类型、证件号码、证件有效 期起止期限、联系方式、住址、账号; 非自然人单位名称、地址、经营范围、经营证照类型、经营证照号码、法定代表人或负责人身 份证件类型、证件号码号码、有效期限),传递给中国人民银行、国务院保险监督管理机构、中国保险行业协会、中国银行保险信息 技术管理有限公司及其分支机构或监管机构指定的机构进行有效性核验并向贵公司反馈。
- 4. 本单位(个人)同意贵公司采集涉及本单位(个人)的信息及保单信息,并由国务院保险监督管理机构、中国保险行业协会、 中国银行保险信息技术管理有限公司和农银人寿官方微信公众号及APP展示的客户个人信息委托处理的合作机构进行存储、登记, 上述各单位均可对上述信息进行合理的使用。
  - 5. 被保险人或其法定监护人均知晓且同意本次保全变更。

	投保人签章	:	申请日期:	年	月	日
		保全受理机构:	受理人员签章:			
1 <del>3</del>   	保险公司填写	保全受理意见:	受理日期:			