



农银人寿保险股份有限公司
ABC LIFE INSURANCE CO., LTD.



团体保险合同变更申请书（信息变更类）

保险单号码：_____ 保单生效日期：_____年____月____日
投保人名称/姓名：_____ 保全生效日期：_____年____月____日
业务员姓名/工号：_____

申请方式：☐投保人亲办 ☐业务人员代办 ☐其他人代办 ☐电子邮件 ☐其它_____

若为委托代办方式，请填写以下内容：代办人姓名：_____ 证件类型：_____ 证件号码：_____
证件有效期至：_____ 联系电话：_____

（请在所申请的项目上打“√”，如内容申请过长，可提供附页，附页与本申请书均需加盖投保单位章）

☐投保人资料变更

☐投保人变更

投保单位信息	单位名称：_____ 单位证件类型：_____ 单位证件号码：_____ 证件有效期至：_____ 单位注册资本(万元)：_____ 单位资产总额(万元)：_____ 投保团体性质：_____ 投保团体性质细类：_____ 是否为小微企业： ☐ 是 ☐ 否 绿色保险： ☐ 是 ☐ 否 企业组织形式：_____ 企业组织形式细类：_____ 行业分类：_____ 单位联系电话：_____ 单位地址：_____ 邮政编码：_____ 员工总数：_____ 经营范围：_____ 投保人是否为美国企业： ☐ 是 ☐ 否 是否有美国控制人： ☐ 是 ☐ 否 美国控制人姓名：_____ 美国控制人纳税识别号：_____ 美国控制人地址：_____
保险联系人信息	联系人姓名：_____ 证件类型：_____ 证件号码：_____ 证件有效期至：_____ ☐ 长期 部门：_____ 电话：_____ 手机号：_____ E-MAIL：_____
法人代表/ 负责人信息	法定代表人/负责人姓名：_____ 证件类型：_____ 证件号码：_____ 证件有效期至：_____ ☐ 长期 办公电话：_____ 手机号：_____
受益所有人信息	受益所有人姓名：_____ 证件类型：_____ 证件号码：_____ 证件有效期至：_____ ☐ 长期 国籍：_____ 地址：_____ 手机号：_____ 受益所有权关系类型：_____ 权益比例：_____ 实际控制方式：_____ 关系形成日期：_____ 关系终止日期：_____
纳税人信息	纳税人类型：_____ 取得增值税一般纳税人资质日期：_____ 是否开具增值税专用发票： ☐ 是 ☐ 否 开户银行全称(税务登记)：_____ 银行账号(税务登记)：_____
税收居民类型	机构类别：_____ 机构税收居民身份：_____ 机构名称(英文)：_____ 详细地址：_____ 税收居民国：_____ 纳税人识别号：_____ 不能提供识别号原因：_____ 实际控制人姓名：_____ 税收居民类型：_____ 详细地址：_____
自然人投保人	投保人姓名：_____ 证件类型：_____ 证件号码：_____ 证件有效期至：_____ ☐ 长期 性别： ☐ 男 ☐ 女 出生日期：_____ 职业：_____ 职业代码：_____ 手机号：_____ 住址：_____ 邮政编码：_____ 与被保人关系：_____ 税收居民类型：_____ 投保人是否为个体工商户： ☐ 是 ☐ 否 是否为美国企业或美国纳税人： ☐ 是 ☐ 否 投保人美国纳税人识别号：_____

□被保险人基本资料变更

□被保险人重要资料变更

被保险人姓名：_____ First Name：_____ Last Name：_____ 出生日期：_____ 年龄：_____

性别：□男 □女 证件类型：_____ 证件号码：_____ 证件有效期止期：_____ □长期

职业：_____ 职业代码：_____ 职业类别：_____ 是否有社保：□是 □否 是否为个体工商户：□是 □否

与主被保险人关系：_____ 移动电话：_____ 国籍：_____ 税收居民身份类型：_____ 工龄：_____

职级名称：_____ 住址：_____ 邮政编码：_____

□受益人资料变更（需被保险人亲笔签名同意）

○身故受益人

○生存受益人

被保险人信息		受益人信息									
姓名	证件号码	姓名	证件类型	证件号码	证件有效期	国籍	是被保人的	受益顺序	受益比例	地址序号	被保险人签字栏

住址序号：①同投保人 ②同被保险人 ③其它（请详细填写住址及邮编）：_____

□保单挂失

□保单解挂

□保单补发

□保单凭证补发

□保单迁移

□备注

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。

3. 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。

4. 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

保险公司填写	保全受理机构：	受理人员签章：
	保全受理意见：	
		受理日期：