



☐ 被保险人信息变更    ☐ 凭证新增附约    ☐ 增加 / ☐ 减少份数    ☐ 被保险人职业变更    ☐ 组别变更    变更原因: \_\_\_\_\_    单位: 元

[illegible]

本页合计人数:                      人                      本页合计金额:                      元                      第      页, 共      页

**提示:** 1、本变更申请清单每次仅能选择一项保全变更。2、指定减少被保险人的责任终期等其他内容请在“备注”栏中注明。有效身份证件类型非身份证时,请在“身份证号码”栏中注明有效身份证件号码,在“备注”栏中注明证件类型。3、未指定身故受益人的,该被保险人的法定继承人作为身故受益人。4、凭证新增附约、增加/减少份数、被保险人职业变更、组别变更仅限本公司批准的保险产品。5、被保险人信息变更可由被保险人申请,请被保险人在“被保险人签名”栏亲笔签名,涉及被保险人性别年龄误告的须投保团体签章同意。6、停办险种不办理加人。新增被保险人时“个人凭证号”列不用填写。7、新增被保险人仅由本公司批准同意的保险产品可连带被保险人,连带被保险人信息填写在对应被保险人信息行的下一行。8、申请变更的项目涉及主险的,主险填写在“险种1”栏。9、保额为月薪倍数时,月薪若变化,“月薪”栏必填。

**投保团体声明与授权:**

1、本团体在本变更申请清单中所填的各项内容均属事实，涉及被保险人权益的变更事项均经被保险人或其法定监护人同意。如有隐瞒或日后发现与事实不符，由本团体承担相关责任。

2、如有必要，你公司有权对我方员工进行医疗评估及检查，并作为审核本变更申请清单有关的理赔申请的依据。

3、本变更申请清单的变更事项经你公司批准后生效。需补交费的业务，如申请批准后10个工作日内你公司未收到应交款项，相应申请自动作废。本次申请如有未获批准的保单，对应的申请自动作废。

4、增加被保险人、凭证新增附加，即使本团体已预交保险费，对应的新保险凭证或附加仍未生效，你公司应负的保险责任自你公司同意承保开始。

5、未成年被保险人（未满18周岁）在18周岁前的死亡给付保险金额总和以中国保险监督管理委员会《关于父母为其未成年子女投保以死亡为给付保险金条件人身保险有关问题的通知》【保监发（2015）90号】规定为准。如不满10周岁的未成年被保险人的死亡给付保险金额总和超过20万元（含在其他保险公司已承保的金额），或已满10周岁但未满18周岁的未成年被保险人的死亡给付保险金额总和超过50万元（含在其他保险公司已承保的金额），则你公司不予承保。

6、补、退费业务款项收付方式：☐支票 ☐转账 ☐其他\_\_\_\_\_，转账账户信息：账户名：\_\_\_\_\_开户行：\_\_\_\_\_账号：\_\_\_\_\_。

7、本团体委托\_\_\_\_\_先生/女士（有效证件类型\_\_\_\_\_证件号码\_\_\_\_\_）在\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日期间内在你公司代为办理本变更申请清单中以上变更事宜，并郑重声明由本授权引发的法律纠纷与你公司无关，因此发生的一切纠纷皆由本团体负责。

受托人声明：委托授权书确系委托团体签署。如有不实，受托人愿意承担由此引致的法律责任。

投保人(签章): \_\_\_\_\_ 受托人(签名): \_\_\_\_\_ 受托人联系电话: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保险公司填写: 受理渠道: ☐ 柜面 ☐ 团险业务员 ☐ 其他 受理人(签名): 受理日期: 年 月 日 查验人(签名):

处理意见: ☐ 缴纳      ☐ 退还      金额: ¥ \_\_\_\_\_ 元

保全处理人（签名）：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 核保处理人（签名）：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

团险业务员姓名: 团险业务员工号: 团险业务员联系电话:

[illegible]