

# 保险合同内容变更申请书（团体）



致：中新大东方人寿保险有限公司

兹申请对\_\_\_\_\_号保单做以下第\_\_\_\_\_项的变更，并同意变更生效日以贵公司出具的批注上的生效日为准。本申请书经公司批注后的影印件，与投保单共同构成保险合同的一部分。

* 投保人（单位名称）		
* 险种名称		
* 变更项目		变更内容
<input type="checkbox"/>	1. 变更投保单位资料	变更原因：_____ 原投保单位：_____
<input type="checkbox"/>	2. 更换投保单位	新投保单位：_____ 法人代表：_____
	新公章加盖处：	单位性质：_____ 联系人及电话：_____
		通讯地址：_____ 邮政编码：_____
		开户行：_____ 银行帐号：_____
<input type="checkbox"/>	3. 客户资料变更	<input type="checkbox"/> 被保险人姓名更正 <input type="checkbox"/> 年龄性别更正 <input type="checkbox"/> 职业类别更正 <input type="checkbox"/> 受益人变更 <input type="checkbox"/> 证件及证件号码变更 <input type="checkbox"/> 银行账号变更 <input type="checkbox"/> 其他_____
		变更详情：_____
		1、变更人数超过三人请附《团体人身保险被保险人信息清单》
		2、该变更项请附证明文件
<input type="checkbox"/>	4. 增加被保险人	增加人数_____ 减少人数_____ 名单_____
<input type="checkbox"/>	5. 减少被保险人	_____
		变更人数超过三人请附《团体人身保险被保险人信息清单》
<input type="checkbox"/>	6. 保险计划迁移	迁移人数_____ 名单_____
		变更人数超过三人请附《团体人身保险被保险人信息清单》
<input type="checkbox"/>	7. 保单补发	保单因_____申请补发，本次申请为第_____次补发，原保单同时申明作废。
<input type="checkbox"/>	8. 保单余额退费	
<input type="checkbox"/>	9. 特别约定变更	
<input type="checkbox"/>	10. 团险计划新增与删除	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 删除 _____ <input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 删除 _____ <input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 删除 _____
<input type="checkbox"/>	11. 建工险责任期暂停	<input type="checkbox"/> 建工险责任期暂停 暂停原因：_____
		<input type="checkbox"/> 建工险责任期暂停解除 解除原因：_____
<input type="checkbox"/>	12. 其他保全申请	

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>13. 解约</b> <b>14. 部分险种解约</b>	<input type="checkbox"/> 犹豫期内 <input type="checkbox"/> 期满前 退保原因： <input type="checkbox"/> 经济原因 <input type="checkbox"/> 服务不满意 <input type="checkbox"/> 公司合并、解散、重组 <input type="checkbox"/> 其他原因_____ 有无欠交保费及利息： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 金额_____ 开户银行：_____ 账户名称：_____ 账户号码：_____ <b>提示：</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本合同的保险责任自本公司接到解除合同申请书之日起终止；</li> <li>2. 主险解约时，附加险随主险一并解除；</li> <li>3. 办理退保手续时须附带保险合同正本，公司收回保险合同和全部保险凭证，并作废无效；</li> <li>4. 若保险合同遗失，须同时出具单位签章的《保险合同遗失声明》，方可办理解除合同。</li> </ol>
--	------------------------------------	--

**如申请资格人不能亲自办理，请填写下列内容：**

本单位委托\_\_\_\_\_（有效证件号码：\_\_\_\_\_）代为办理\_\_\_\_\_号  
保单的\_\_\_\_\_事宜，由此产生的法律纠纷由委托人自行负责，特此声明！

委托人(签章)：

受托人签字：

**投保单位声明：**

本单位同意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。

※ 投保人（签章）：

※ 经办人：

联系电话：

申请日期： 年 月 日

**以下由保险公司填写：**

业务员姓名及工号		联系电话	
团险受理意见	签名： 日期：		
团险核保意见	签名： 日期：		
团险审批意见	签名： 日期：		
保全经办人	签名： 日期：		