

## 团体人身险契约变更、续期缴费申请书

保单号：\_\_\_\_\_ 投保人：\_\_\_\_\_

<b>申 请 须 知</b>	<p>1、<input type="checkbox"/>内打 <input checked="" type="checkbox"/> 即为所申请项目，同时根据申请内容提供相应文件，详见背面应备资料一览表；本申请不可撤回。</p> <p>2、本公司就投保人和被保险人的有关情况提出询问，投保人和被保险人应当如实告知。如果投保人或被保险人故意或因重大过失未履行如实告知义务，足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，本公司有权解除本合同或取消该被保险人的保险资格。如果投保人或被保险人故意不履行如实告知义务，对于解除本合同或取消该被保险人的保险资格前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。如果投保人或被保险人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，对于解除本合同或取消该被保险人的保险资格前发生的保险事故，本公司不承担给付保险金的责任，但应当退还保险费。<b>所有告知事项以书面告知为准，口头告知无效。</b></p> <p>3、投保人提出申请，经本公司审核同意，保险合同变更生效，生效日期以批单所载的日期为准。</p>
----------------------------	---

1、 <input type="checkbox"/> 增加被保险人	申请人数合计：_____
2、 <input type="checkbox"/> 减少被保险人	申请人数合计：_____ 申请原因： <input type="checkbox"/> 离职 <input type="checkbox"/> 其他_____
3、 <input type="checkbox"/> 保障变更	<input type="checkbox"/> 增加保额 人数：_____ <input type="checkbox"/> 增加附约 人数：_____ <input type="checkbox"/> 减少保额 人数：_____ <input type="checkbox"/> 减少附约 人数：_____ <input type="checkbox"/> 月薪变更 人数：_____ <input type="checkbox"/> 层级调整 人数：_____ <input type="checkbox"/> 其他_____
4、 <input type="checkbox"/> 长期险账户权益变更	<input type="checkbox"/> 账户转移：金额/比例_____（ <input type="checkbox"/> 转入 <input type="checkbox"/> 转出） <input type="checkbox"/> 集体账户减保 <input type="checkbox"/> 个人账户减保：金额/比例_____（ <input type="checkbox"/> 一般减保 <input type="checkbox"/> 全额减保）
5、 <input type="checkbox"/> 续期缴费	申请人数合计：_____ 初始费用/管理费比例：_____ % 缴费总金额：_____ 单位缴费合计金额：_____ 单位代缴合计金额：_____ 个人缴费合计金额：_____ 投资授权：_____
6、 <input type="checkbox"/> 保单退保	申请原因：_____
7、 <input type="checkbox"/> 犹豫期退保	<input type="checkbox"/> 保单犹豫期退保 <input type="checkbox"/> 被保险人犹豫期退保 申请原因：_____
8、 <input type="checkbox"/> 其他申请	变更详情：_____

**缴费/付款方式：** 银行转账 其他\_\_\_\_\_，如果勾选银行转账，请填写账户信息：

开户行：\_\_\_\_\_ 银行\_\_\_\_\_ 支行\_\_\_\_\_

户名：\_\_\_\_\_ 账号：\_\_\_\_\_

委托授权办理：\_\_\_\_\_ 全权委托 \_\_\_\_\_ 证件号：\_\_\_\_\_ 办理以上指定申请事项，授权有效期限从\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日。受托人签章：\_\_\_\_\_

<b>团 体 告 知</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 增加的被保险人中是否有人目前尚在病假中或无法正常上班？ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>无</span>
	<input checked="" type="checkbox"/> 增加的被保险人中是否有人在近一年内因患病而不能全勤工作或减轻劳动量？ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>无</span>
	若有任一被保险人（含连带被保险人）存在上述情况，请在“ <input type="checkbox"/> 有”打 <input checked="" type="checkbox"/> 并详述或填写个人的告知声明书，否则请在“ <input type="checkbox"/> 无”打 <input checked="" type="checkbox"/> ，若空白则视作以上问题答案均为无。

**投保人声明：**上述涉及保险权益变化（第 2、3、4、6 项）的申请事项，投保人已告知所有相关被保险人，并且征得被保险人的同意，如涉及法律纠纷，由投保人承担相关责任。

投保人签章：	被保险人签名：	保险公司服务人员签名：
经办人：_____ 联系电话：_____	证件类型：_____	业务代码：_____
<input type="checkbox"/> 已发送邮件，电子邮箱及主题：_____	证件号码：_____	业务部门：_____
申请日期：_____ 邮件发送日期：_____	联系电话：_____	联系电话：_____
	申请日期：_____	收单日期：_____

初审意见栏：	是否有问题件 <input type="checkbox"/> 有	保险公司意见：
初审人员：_____ 受理日期：_____	下发日期：_____	
	反馈日期：_____	