中邮保险
CHINA POST INSURANCE

3031

团体保险合同变更申请书

保险单号：□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

投保单位：_____　　申请日期：_____年___月___日

请在下列项目中选择您需要变更的内容，在对应的“□”“○”内划√，并填写变更后的内容，对于不需要变更的内容，在对应的“□”内划×。填写的内容不允许涂改，若发生涂改，本申请无效。

01 □ 投保人资料变更	○ 投保人名称				○ 单位传真	
	○ 单位地址				○ 邮政编码	
	○ 联系人姓名		○ 联系电话		○ E-mail	
	○ 行业类别		○ 单位性质		○ 员工总数	
	○ 开户银行		○ 开户账号			
	○ 保险费缴纳方式	□ 进账单 □ 网银转账 □ 其他				
02 □ 被保险人资料变更	姓名：_____ 性别：○ 男 ○ 女 出生日期：_____年___月___日 有效证件名称：_____ 证件号码：□□□□□□□□□□□□□□□□□□ 职业名称：_____ 职业代码：□□□□□□□ 如变更对象为多人，请附清单。○无另附清单 ○有另附清单，共 页。					
03 □ 身故受益人资料变更	被保险人姓名：_____ 被保险人客户号：_____ 姓名 性别 有效证件名称 证件号码 与被保险人关系(单称) 受益顺序 受益比例 _____ ___ _____ □□□□□□□□□□□□□□□□□□ _____ _____ _____ _____ ___ _____ □□□□□□□□□□□□□□□□□□ _____ _____ _____ _____ ___ _____ □□□□□□□□□□□□□□□□□□ _____ _____ _____ 如变更对象为多人，请附清单。○无另附清单 ○有另附清单，共 页。					
04 □ 新增被保险人	申请增加被保险人共 _____ 人，被保险人明细见清单。 本单位已知悉增加被保险人须经中邮人寿保险股份有限公司审核同意并交纳保费后按照合同约定方可生效。					
05 □ 减少被保险人	申请减少被保险人共 _____ 人，被保险人明细见清单。					
06 □ 同质风险换人	申请同质风险换人共 _____ 人，被保险人明细见清单。					
07 □ 保单挂失 / 解挂	○保单挂失 ○解除保单挂失					
08 □ 补发保险合同	申请补发原因：○原保险合同遗失 ○原保险合同污损 ○其他，请说明_____ 此次为本人（即投保人）第_____次申请补发保险合同(含保险单)。原保险合同(含保险单)声明作废，日后因原保险合同所发生的任何纠纷，由本人承担全部责任					
09 □ 交费方式变更	○季交 ○半年交 ○年交（只可从频率高的交费方式变更为频率低的交费方式）					
10 □ 保障变更	○增加保额 险种名称：_____ 人数：_____ ○减少保额 险种名称：_____ 人数：_____ ○增加险种 名称：_____ 人数：_____ ○减少险种 名称：_____ 人数：_____ ○增加保险计划 计划名称：_____ 人数：_____ ○变更保险计划 计划名称：_____ 人数：_____ ○法人减保 减少金额：_____ 元 详细情况，请附清单说明。					
11 □ 合同效力变更	○保单中止日期为：_____年___月___日。 ○保单复效日期为：_____年___月___日。 ○建工险保单效力延期，期限责任终止日期为：_____年___月___日。					
12 □ 解除保险合同	○投保人在犹豫期内要求解除本合同 ○投保人在犹豫期外要求解除本合同 退保原因：○资金周转不灵，陷入财务危机 ○因解散、破产等进入清算程序 ○内部发生重大变动 ○转投其他险种 ○转投其他公司保险产品 ○对保险公司服务不满意 ○其它原因，请说明：_____					
13 □ 权益归属规则变更	具体根据投保人提供的权益归属计划及人员信息清单确认。					
14 □ 红利领取方式变更	○现金领取 ○累计生息 ○抵交保费 ○其他					

15 □ 年金领取年龄变更	被保险人姓名：_____ 被保险人客户号：_____ 根据合同条款变更年金领取年龄为_____（如果变更对象为多人，请附清单。）
16 □ 年金领取方式变更	被保险人姓名：_____ 被保险人客户号：_____ 根据合同条款变更年金领取方式为：○一次性领取 ○年领 ○月领 如果变更对象为多人，请附清单。
17 □ 年金领取形式变更	被保险人姓名：_____ 被保险人客户号：_____ ○现金 ○银行转账 开户行： 户名： 账号：
18 □ 年金转换	具体根据投保人提供的年金转换人员、转换年龄清单确认。
19 □ 账户金额变更	○转移 转出账户：_____ 转入账户：_____ 金额：（大写） 仟 佰 拾 万 仟 佰 拾 元 角 分；¥： 元 如果变更对象为多人，请附清单。
	○减少 账户名称：_____ 减少金额：_____ 元（如果变更对象为多人，请附清单。）
20 □ 附属说明或其他变更事项	

银行转账授权及声明：

1.投保人授权中邮人寿保险股份有限公司（以下简称中邮人寿）从交费账户或指定委托转账账户中划转续期保险费及本次保险合同变更申请产生的收付费款项（各类生存金除外），并保证此账户为投保人真实开立的结算账户。

2.各类生存金由生存金受益人领取，中邮人寿可在生存金受益人授权的情况下向其指定的委托转账账户中支付各类生存金。

3.如因账户错误、注销、余额不足、户名与投保人名称不符等账户原因或不符合中邮人寿对转账账户要求（如开户银行不为中邮人寿的指定银行或银行账户未开通转账业务等）造成划账不成功或划账错误的，责任由投保人或生存金受益人承担。

4.如因各种原因欲终止授权账户，投保人或生存金受益人将及时通知中邮人寿并提出书面账户变更申请，中邮人寿在收到申请前按约定划转至授权账户的款项投保人或生存金受益人视为已收到，中邮人寿无需承担由此引起的责任。

5.本申请书及所附清单中所填的内容均属实，经中邮人寿审核同意后作为出具批单的依据，变更事项的内容及生效日期以批单为准，且批单作为保险合同的一部分；上述资料若不属实，任何依据上述资料所出具的批单均属无效。

6.本单位已仔细阅知、理解中邮人寿的提示并同意遵守，望中邮人寿同意依此办理上述变更事项。

申请类型：○委托中邮人寿服务人员代办 ○委托投保单位联系人代办 ○其他

授权委托书

中邮人寿保险股份有限公司（以下简称“中邮人寿”）：

委托人_____委托受托人_____（有效证件名称_____证件号码_____）

以委托人名义代为办理以上指定申请事项。

委托人声明：1.受托人在委托代办事项范围内代为填写、签署的有关文件和代为领取的有关资料、款项，委托人均予确认，相应的权利义务由委托人享有和承担；

2.委托人知晓并同意：中邮人寿仅对本委托书作形式审查，对委托关系的客观真实性和因委托关系而发生的法律纠纷，中邮人寿不承担任何责任。本委托书自签署之日起生效，至代办事宜完成后终止。

受托人声明：1.受托人保证本委托书为授权人亲笔签名，如有纠纷，受托人自愿承担相应责任；

2.受托人在受托有效期及受托范围内代为办理委托事宜，应严格遵循授权人的真实意愿，如所实施的行为超出授权范围，受托人自愿承担相应责任。

委托人签名（章）：_____ 受托人签名：_____

联系电话：_____ 联系电话：_____

日 期：_____年____月____日 日 期：_____年____月____日

投保人签章：	经办人签名：	被保险人（未成年人之监护人）签名：
签章日期：_____年___月___日	签章日期：_____年___月___日	签章日期：_____年___月___日

以下部分由保险公司填写

中介/代理机构名称：_____ 中介/代理机构代码：_____

受理机构名称：_____ 受理机构代码：_____

（团）业务人员姓名：_____ 业务人员编码：_____ 联系电话：_____

初审人员：_____日期：_____年___月___日 复核人员：_____日期：_____年___月___日