

## 团体人身保险保全变更申请书

(保全核保项目专用)

保单号: \_\_\_\_\_ 投保单位: \_\_\_\_\_

《团体人身保险保全变更申请书》填写须知:

1. 请在所要办理的保全项目前□内打√,并在横线中用钢笔或签字笔清晰无误的填写内容;
2. 涉及具体被保险人的变更项目,请提供《团体保全受理清单》;
3. 申请变更以下项目,请同时填写《团险告知》(见背面);
4. 在办理“保单增加险种”时,请您仔细阅读全部条款内容,与本公司销售人员的解释相结合,确保完全理解条款内容。特别提醒:凡涉及“责任免除”、“不承担给付保险金责任”、“观察期”、“等待期”、“自付比例”、“免赔额”等内容的条款均属于免除保险人责任的条款,请您务必注意。

需要核保类	<input type="checkbox"/> 保障计划添加 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">等级</th> <th style="width: 20%;">险种(代码)</th> <th style="width: 25%;">基本保险金额/份数</th> <th style="width: 15%;">保费</th> <th style="width: 10%;">免赔额</th> <th style="width: 10%;">报销比例</th> <th style="width: 5%;">人数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	等级	险种(代码)	基本保险金额/份数	保费	免赔额	报销比例	人数	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	等级	险种(代码)	基本保险金额/份数	保费	免赔额	报销比例	人数															
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____																
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____																
<input type="checkbox"/> 新增险种 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">险种(代码)</th> <th style="width: 70%;">基本保险金保额/份数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	险种(代码)	基本保险金保额/份数	_____	_____	_____	_____																
险种(代码)	基本保险金保额/份数																					
_____	_____																					
_____	_____																					
<p>保单新增险种声明: 本单位/人已收到并仔细阅读保险条款,理解条款中所载内容,特别是“责任免除”、“不承担给付保险金责任”、“观察期”、“等待期”、“赔付比例”、“免赔额”等免除保险人责任的条款。</p> <p><input type="checkbox"/> 增加保额</p> <p><input type="checkbox"/> 新增被保险人</p> <p><input type="checkbox"/> 替换被保险人</p> <p><input type="checkbox"/> 被保险人重要资料变更(包括年龄\出生日期\性别\身份证号\职业等级)</p> <p>由原来的_____</p> <p>变更为_____</p> <p>(申请“被保险人重要资料变更”无需填写《团体告知》)</p>																						
说明栏																						

注: 如申请项目中内容较多,请在说明栏中注明或另附清单

投保人或投保单位(签章)	被保险人(签名)	申请日期
经办人(签名) _____ 联系电话: _____		

保险公司受理人: \_\_\_\_\_ 日期: 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日



