

团体保全业务申请书

申请书填写提示：

单证代码：BQ2001

请您用黑色钢笔或签字笔在变更、给付项目前的“□”内打“√”，并在对应栏目填写所需变更的内容，不允许涂改，若发生本申请无效。

一、申请人基本信息

| | | | |
|---|---|--------------------------|--------|
| 保险合同号 | | 申请日期 | |
| 投保单位名称 | | | |
| 申请人类型 | <input type="checkbox"/> 投保单位经办人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 委托代办人 <input type="checkbox"/> 投保人（自然人） | | |
| 申请人姓名 | 申请人联系方式 | 手机号 | 固定电话 - |
| 申请人证件类型 | <input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____ | 申请人证件号码 | |
| 授权委托声明（如上述申请人为委托代办人，请填写本栏位内容）： 现委托_____先生/女士（证件名称： <input type="checkbox"/> 居民身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其他_____，证件号码：_____）前往贵公司办理有关本保单申请项下_____变更事宜。本委托授权有效期为_____天。（委托日期同本申请书的申请日期） 代办人与委托人关系： <input type="checkbox"/> 本公司服务人员 <input type="checkbox"/> 亲属 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其他_____ | | | |
| 委托人签名（签章）：_____ | | 代办人签名：_____ 代办人手机号：_____ | |

二、申请项目选择（当您申请的项目前带★号时，代表该项目可能会涉及收付费，请您填写收付费方式）

| | | | | | | | |
|---|--|--|--------|--------|------|------|-------|
| 客户信息变更 | 1. <input type="checkbox"/> 投保单位及资料变更 | 填写变更详情，并附相关证明资料。 | | | | | |
| | 2. <input type="checkbox"/> 授权经办人及授权范围变更 | <input type="checkbox"/> 经办人变更 <input type="checkbox"/> 保全资料签名授权（请附《团险保全授权书》） <input type="checkbox"/> 经办人资料变更 变更详情：_____ | | | | | |
| | 3. <input type="checkbox"/> 被保险人基本资料变更 | 被保险人基本资料 <input type="checkbox"/> 被保人联系电话 <input type="checkbox"/> 联系地址及邮编 <input type="checkbox"/> 电子邮箱 <input type="checkbox"/> 国籍 <input type="checkbox"/> 其他_____ | | | | | |
| | 4. <input type="checkbox"/> 被保险人重要资料变更 | 被保险人重要资料 <input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 性别 <input type="checkbox"/> 出生日期 <input type="checkbox"/> 证件类型 <input type="checkbox"/> 证件号码 <input type="checkbox"/> 证件有效期 <input type="checkbox"/> 社保/公费医疗 <input type="checkbox"/> 职业名称及代码 <input type="checkbox"/> 其他_____ | | | | | |
| | 5. <input type="checkbox"/> 受益人资料变更 | <input type="checkbox"/> 身故受益人变更 <input type="checkbox"/> 受益人资料变更 具体变更信息请填入下表，如果变更人员较多请另附清单。 | | | | | |
| 以上变更详情请填写如下： _____ _____ _____ | | 备注：变更人员达到2人及以上请附《团体保全被保险人变更清单》 | | | | | |
| 姓名 | 性别 出生日期 证件类型 | 证件号码 | 证件有效期至 | 与被保人关系 | 受益顺序 | 受益比例 | 住址及邮编 |
| | | | | | | % | |
| | | | | | | % | |
| | | | | | | % | |
| 被保险人变更 | 6. ★ <input type="checkbox"/> 新增被保险人 | 申请人人数合计：_____人，具体详见《团体保全被保险人变更清单》 | | | | | |
| | 7. ★ <input type="checkbox"/> 减少被保险人 | 申请人人数合计：_____人，具体详见《团体保全被保险人变更清单》 投保人声明：投保人已知晓自退保申请之日起相关保险责任终止并已经告知所有相应被保险人。 | | | | | |
| | 8. <input type="checkbox"/> 更换被保险人 | 申请人人数合计：_____人，具体详见《团体保全被保险人变更清单》 | | | | | |

| | | |
|--|---|--|
| 合同内容变更 | 9. <input type="checkbox"/> 保险期间中止 | 保险期间中止日期：_____年____月____日，并附相关证明资料。 |
| | 10. <input type="checkbox"/> 保险期间恢复 | 保险期间恢复日期：_____年____月____日，并附相关证明资料。 |
| | 11. <input type="checkbox"/> 建工险保单延期 | 保险期间延长日期：_____年____月____日，并附相关证明资料。 |
| | 12. <input type="checkbox"/> 无名单实名化 | 具体详见被保险人信息变更请附《团体保全被保险人变更清单》 |
| | 13. <input type="checkbox"/> 特约变更 | 变更详情请用附件说明 ，并附相关证明资料。 |
| | 14. <input type="checkbox"/> 新增保险方案 | 新增保险方案：_____个，具体详见《团体保险保障方案》 |
| | 15. ★ <input type="checkbox"/> 退保 | 退保原因： <input type="checkbox"/> 经济原因 <input type="checkbox"/> 对险种不满意 <input type="checkbox"/> 对业务员不满意 <input type="checkbox"/> 对公司服务不满意 <input type="checkbox"/> 人情投保 <input type="checkbox"/> 其他_____ |
| 16. ★ <input type="checkbox"/> 保单补发 | <input type="checkbox"/> 保单补发 原因： <input type="checkbox"/> 保单丢失 <input type="checkbox"/> 客户要求重新出单 <input type="checkbox"/> 其他_____ | |
| | <input type="checkbox"/> 保单换发 原因： <input type="checkbox"/> 电子保单换发 <input type="checkbox"/> 保单污损 <input type="checkbox"/> 保险合同变更换发 声明：原保险合同自补发之日起自动作废。 | |
| 17. ★ <input type="checkbox"/> 建工险工程面积造价变更 | 变更详情请用附件说明 ，并附相关证明资料。 | |

三、若上述申请保全项目涉及收付费，请填写账户信息。（已开通定期结算无需填写此项）

| | |
|---|---|
| 收费方式： <input type="checkbox"/> 网银转账 <input type="checkbox"/> 银行转账 <input type="checkbox"/> 其他（请注明）： | 账户名： <input type="checkbox"/> 同投保单位名称 <input type="checkbox"/> 同投保人 |
| 付费方式说明：我公司统一采取银行转账付费。 | <input type="checkbox"/> 其他：_____ |
| 开户银行： | 开户银行所在省：_____ |
| 银行账号： | |

四、投保单位告知（如需变更项目“6”、“8”，请投保单位如实填写以下内容）

| 被保险人健康告知 | |
|--|---|
| 1、有无员工目前尚在病假中？ | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 |
| 2、近一年内有无因患病而不能全勤工作或减轻劳动量的员工？ | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 |
| 3、现在或者过去有无患肿瘤、心肌梗塞、白血病、肝硬化、肾功能衰竭、再生障碍性贫血、先天性疾病、遗传性疾病、帕金森氏病、精神病、癫痫病、法定传染病、艾滋病等病症的员工？ | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 |
| 4、有无身体残疾的员工？ | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 |
| 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“√”并详述或填写个人的告知声明书，否则请在“ <input type="checkbox"/> 无”打“√”，若空白则视作以上问题答案均为无。 | |

五、投保单位声明

| |
|--|
| 1、本申请书内所填写内容和投保单位告知中的各项内容均属实，并作为保险合同的组成部分。如有隐瞒或不实告知，贵公司有权依法解除或取消该被保险人的保险资格，并对保险合同解除或取消该被保险人的保险资格前发生的保险事故不承担保险责任。 |
| 2、本单位谨以此申请书作为保险合同变更的要约，已授权本公司经办人_____先生/女士前往保险公司办理变更事宜，并同意贵公司依此办理。 |

六、申请人签章

| | | |
|---------------------|-------------|--------|
| 投保单位或投保人（签章） | 投保单位授权经办人签字 | 被保险人签字 |
| | | |
| 日期：_____年____月____日 | | |

七、保险公司填写

| | | |
|--------|--------|---------|
| 业务员姓名 | 业务员工号 | 业务员联系电话 |
| 团险核保意见 | 团险审批意见 | |
| 保全经办人 | 保全受理机构 | 备注 |