三峡人寿保险股份有限公司
CHINA THREE GORGES LIFE INSURANCE CO.,LTD.

团体保全被保险人变更清单

保险合同号：_____　　投保单位名称：_____　　申请日期：____年__月__日　　本次变更清单共____页

保全项目：☐新增被保险人　☐减少被保险人　☐更换被保险人　☐无名单实名化　　投保单位授权经办人签名：

☐被保险人基本资料变更　☐被保险人重要资料变更　　投保单位签章：

保全项目	序号	与主被保险人关系	原被保险人姓名	原被保险人证件号码	被保险人姓名	证件类型	证件号码	性别	出生日期	方案编码	职业名称及代码	社保/公费医疗/费用型商	证件有效期	电子邮箱	微信号	联系电话	移动电话	联系地址（省）	联系地址（市）	联系地址（区/县）	详细地址	国籍	被保人是投保人的	身故保险金受益分配方式	职业类别	原被保险人责任止期	被保险人责任起期

业务人员姓名：　　业务人员代码：　　核保人：

三峡人寿保险股份有限公司
CHINA THREE GORGES LIFE INSURANCE CO.,LTD.

团体保险受益人清单（保全）

保险合同号：　　投保单位名称：　　申请日期：　　年　月　日

申请变更原因：☐新增被保险人指定受益人附件　☐更换被保险人指定受益人附件　投保单位授权经办人签名：

☐无名单实名化指定受益人附件　投保单位签章：

被保险人序号	受益人类别	受益人顺序	姓名	证件类型	证件号码	性别	出生日期	与被保险人关系	受益比例(小数)	职业名称及代码	国籍	证件有效期	电子邮箱	联系电话	移动电话	联系地址（省）	联系地址（市）	联系地址（区/县）	详细地址	被保险人签名

业务人员姓名：　　业务人员代码：　　核保人：

填写须知：

1.根据下拉列表中内容选择，“保全项目”为必填项。
2.必录与非必录字段说明：
（1）**保全项目选择-【新增被保险人】**，【序号】、【与主被保险人关系】、【被保险人姓名】、【证件类型】、【证件号码】、【性别】、【出生日期】、【方案编码】、【职业名称及代码】、【被保人是投保人的】、【被保险人责任起期】为必填，填写规则同新契约人员清单。
（2）**保全项目选择-【减少被保险人】**，【序号】、【原被保险人姓名】、【原被保险人证件号码】、【原被保险人责任止期】为必填。
（3）**保全项目选择-【更换被保险人】**，【序号】、【与主被保险人关系】、【原被保险人姓名】、【原被保险人证件号码】、【被保险人姓名】、【证件类型】、【证件号码】、【性别】、【出生日期】、【方案编码】、【职业名称及代码】、【被保人是投保人的】、【原被保险人责任止期】、【被保险人责任起期】为必填，填写规则同新契约人员清单。
（4）**保全项目选择-【无名单实名化】**，【序号】、【与主被保险人关系】、【被保险人姓名】、【证件类型】、【证件号码】、【证件有效期】、【性别】、【出生日期】、【方案编码】、【职业名称及代码】、【被保人是投保人的】为必填，填写规则同新契约人员清单。
（5）**保全项目选择-【被保险人基本资料变更】**，【序号】、【被保险人姓名】、【证件类型】、【证件号码】为必录项。被保险人基本资料变更内容选填项目：【电子邮箱】、【微信号】、【联系电话】、【移动电话】、【联系地址(省)】、【联系地址(市)】、【联系地址(区/县)】、【详细地址】、【国籍】等共九项，客户按实际变更的内容填写。
（6）**保全项目选择-【被保险人重要资料变更】**，【序号】、【原被保险人姓名】、【原被保险人证件号码】为必填。被保险人重要资料变更内容选填项目：【被保险人姓名】、【证件类型】、【证件号码】、【性别】、【出生日期】、【方案编码】、【职业名称及代码】、【社保/公费医疗/费用型商业医保】、【证件有效期】等共九项，客户按实际变更的内容填写。
（7）**若保全项目为【新增被保险人】、【更换被保险人】、【无名单实名化】**，新增客户【身故保险金受益分配方式】栏选择“指定”，【受益人清单】必须填写。
（8）**指定受益人-【受益人清单】**，【被保险人序号】、【受益人类别】、【受益人顺序】、【姓名】、【证件类型】、【证件号码】、【性别】、【出生日期】、【与被保险人关系】、【受益比例(小数)】、【证件有效期】为必填。

3.被保险人变更清单【序号】为必填项，不能重复，若录入受益人清单，受益人清单【被保险人序号】必填项，须与之前提供的序号保持一致。

4.“指定受益人”，【受益人类别】仅为“身故受益人”且由被保险人本人签字，若被保险人为未成年人时，则“被保险人签字”处应由法定监护人代为签署。“指定身故受益人”如果不填写，则默认为未指定；如果填写，请务必完整填写“受益人与被保险人关系”和“被保险人签名”。

5.投保团体为与其有劳动关系的劳动者投保人身保险，不得指定被保险人及其近亲属以外的人为受益人。

6.“新增被保险人”、“更换被保保险人”、“无名单实名化”三个项目中，【与主被保险人关系】仅接受为“本人”，若选择为“非本人”校验不通过，本次清单无法通过效验，待资料修改完毕后重新申请保全。

7.方案编码填写团体保险合同下已存在的保险方案，方案编号为：大写字母+阿拉伯数字。

8.“职业名称及代码”，客户在填写该项目时，请按照我公司约定的职业代码填写该字段，我公司职业代码为六位用阿拉伯数字。

9.被保险人变更清单、受益人清单不能单独使用，申请变更资料提交时，请同时填写《团体保全业务申请书》。清单填写完毕后打印（未填写项可以不用全部打印），受益人清单须被保险人签名，被保险人变更清单、受益人清单首页需要投保单位授权经办人签名，每页须加盖投保单位公章，如多页请加盖骑缝章，以确认填写内容无误。

10.本申请书上一切陈述，无论是否为投保团体负责人本人亲手所写，均完全确实无讹，将成为保险合同的依据并成为保险合同的一部分。

11.请同时提供未删减的电子表格。