



一生保障 | 在你左右

团体保险保全申请书

填写说明:

- 1、请按照所申请的不同变更项目填写申请变更原因及变更前后信息;
- 2、如变更项目涉及多个被保险人,请同时填写《团体保险保全变更被保险人清单》。

A. 团体保单信息

投保单位名称:	团体保单号:
投保单位保险联系人:	联系电话:

B. 保全相关信息

申请日期	我单位于_____年____月____日提出本保全变更申请。 (我单位知悉并同意保全生效日以保险公司出具的批单上的生效日为准)	
<input type="checkbox"/> 收/ <input type="checkbox"/> 付款转账	户名:	
	开户行:	账号:

C. 保全变更项目

<p>一般保全变更项目:</p> <p><input type="checkbox"/> 投保人联系方式变更 <input type="checkbox"/> 投保人名称变更 <input type="checkbox"/> 保单遗失补发 <input type="checkbox"/> 受益人信息变更</p> <p><input type="checkbox"/> 保单迁移 <input type="checkbox"/> 无名单补名单 <input type="checkbox"/> 特别约定变更</p> <p>重要保全变更项目:</p> <p><input type="checkbox"/> 溢交保费退费 <input type="checkbox"/> 被保险人重要资料变更 <input type="checkbox"/> 新增被保险人 <input type="checkbox"/> 减少被保险人</p> <p><input type="checkbox"/> 替换被保险人 <input type="checkbox"/> 增加保险金额 <input type="checkbox"/> 减少保险金额 <input type="checkbox"/> 保障计划添加</p> <p><input type="checkbox"/> 建工险保单中止 <input type="checkbox"/> 建工险保单复效 <input type="checkbox"/> 建工险保单保险期间延长</p> <p><input type="checkbox"/> 保全定期结算 <input type="checkbox"/> 其他保全项目变更: _____</p> <p>新型保险产品保全变更项目:</p> <p><input type="checkbox"/> 缴费规则变更 <input type="checkbox"/> 归属规则变更 <input type="checkbox"/> 红利分配方式变更 <input type="checkbox"/> 账户金额转移</p> <p><input type="checkbox"/> 账户金额退减 <input type="checkbox"/> 部分提取账户价值 <input type="checkbox"/> 领取方式变更 <input type="checkbox"/> 账户权益归属</p> <p><input type="checkbox"/> 离职领取 <input type="checkbox"/> 其他保全项目变更: _____</p> <p>变更说明 (请完整填写变更原因、变更前和变更后信息):</p>
--

D. 委托授权书

中英人寿保险有限公司_____分公司：	
我单位全权委托_____办理以上指定申请事项，由此产生的一切法律后果均由本单位承担，特此声明。	
自本单位签署本授权委托书之日起____日内，本授权委托书有效。	
受托人姓名：_____身份证件号码：_____	
身份证有效期：_____	
投保人之法定代表人/负责人（或授权代表）签字：	
投保人签章：	年 月 日

E. 投保单位声明

<p>本团体保险保全申请书及与本申请相关的文件或问卷均完整并确实无误，并成为中英人寿保险有限公司（以下简称为“贵公司”）签发批单或批注的依据，上述资料若不属实，任何依据上述资料所签发之批单或批注均属无效。</p> <p>本单位申请以上变更项目，并同意其变更的生效日以贵公司出具的批单或批注上所载生效日为准，本申请书构成保险合同的一部分。</p> <p>本单位保证，本申请书及《团体保险保全变更被保险人清单》等与本申请相关的文件或问卷中所列明的变更事项已通知到被保险人，所涉全部被保险人对此申请的相关内容均已完全理解并同意遵照执行。并在中国法律允许或要求范围内，同意和授权贵公司进行以下行为：</p> <p>①将其个人信息及保单信息提供给监管允许的信息平台以做合理利用；</p> <p>②利用其资料进行数据传递、提供其他售后服务、金融产品服务事宜。</p> <p>投保人之法定代表人/负责人（或授权代表）签字：</p> <p>投保人签章：年 月 日</p>

F. 保险公司审核栏

我公司于____年____月____日接收到以上保全申请资料，经审核后我公司同意以上保全变更的保全生效日为____年____月____日。	
保全人员意见：	复核人员意见：
签名：年 月 日	签名：年 月 日
核保意见：	主管审核意见：
签名：年 月 日	签名：年 月 日