

## 团体保险合同内容变更申请书（非收付费类）（2021.09版）

### 申请书填写须知

1. 请在所选择项目前的“□”内打“√”，并用黑色钢笔或签字笔填写，**申请书内容请勿涂改。**
2. **为维护您的权益，请勿在空白申请书上签名。**签名前，请您再次核对所填写的内容。您递交的申请书经我公司工作人员受理签名（章）后，即作为变更的依据。
3. 您递交的申请如不符合我公司规定，我公司有权要求您补充材料，申请日期以材料齐备且由我公司柜面正式受理为准。
4. 如申请变更的内容在本申请书项目中未列入，请在“12 其它保全申请项目”栏内详述；如有补充说明内容请在备注栏详述。
5. **如果变更对象为多人，详细情况通过填写人员信息清单确认。**

保险合同号		投保人：
-------	--	------

01 <input type="checkbox"/> 投保人基本资料 变更	投保人名称： 单位法人代表： 行业类别： 单位地址： <span style="float: right;">邮编：</span> 联系人姓名： <span style="float: right;">邮箱：</span> 联系人电话：	新单位公章（印样）：     投保人声明：今后凡涉及本保险合同的一切事宜，均以本印样为准。																																																				
02 <input type="checkbox"/> 被保险人基本资料 变更	分单号： <span style="float: right;">姓名：</span> 证件类型： <span style="float: right;">证件号码：</span> 联系电话： <span style="float: right;">邮箱：</span>																																																					
03 受益人资料/ 受益人变更 <input type="checkbox"/> 增加受益人 <input type="checkbox"/> 更换受益人 <input type="checkbox"/> 受益人资料变更	分单号： <span style="float: right;">被保险人姓名：</span> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>受益人姓名</th> <th>性别</th> <th>证件类型</th> <th>证件号码</th> <th>证件有效期</th> <th>受益人是被保险人的</th> <th>受益顺序</th> <th>受益比例</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>出生日期</th> <th>国籍</th> <th>联系地址</th> <th>联系电话</th> <th>职业/工作内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>受益人姓名</th> <th>性别</th> <th>证件类型</th> <th>证件号码</th> <th>证件有效期</th> <th>受益人是被保险人的</th> <th>受益顺序</th> <th>受益比例</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>出生日期</th> <th>国籍</th> <th>联系地址</th> <th>联系电话</th> <th>职业/工作内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </tbody> </table>	受益人姓名	性别	证件类型	证件号码	证件有效期	受益人是被保险人的	受益顺序	受益比例									出生日期	国籍	联系地址	联系电话	职业/工作内容						受益人姓名	性别	证件类型	证件号码	证件有效期	受益人是被保险人的	受益顺序	受益比例									出生日期	国籍	联系地址	联系电话	职业/工作内容						
受益人姓名	性别	证件类型	证件号码	证件有效期	受益人是被保险人的	受益顺序	受益比例																																															
出生日期	国籍	联系地址	联系电话	职业/工作内容																																																		
受益人姓名	性别	证件类型	证件号码	证件有效期	受益人是被保险人的	受益顺序	受益比例																																															
出生日期	国籍	联系地址	联系电话	职业/工作内容																																																		
04 <input type="checkbox"/> 同质风险加减人	<b>详细情况根据人员信息清单确认。</b> <b>投保人声明：本保单所有申请退保的被保险人及其监护人均已知悉退保事宜，投保人知悉并认可本次保全生效后保险公司仅承担该保单下其他被保险人的保险责任。</b>																																																					
05 <input type="checkbox"/> 交费频率变更	<input type="checkbox"/> 年交 <input type="checkbox"/> 半年交 <input type="checkbox"/> 季交 <input type="checkbox"/> 月交																																																					
06 <input type="checkbox"/> 生存金/年金给付 授权变更	分单号： <span style="float: right;">被保险人姓名：</span> 受益人姓名： <span style="float: right;">证件类型：</span> 选择给付授权方式： <input type="checkbox"/> 银行转账 <input type="checkbox"/> 其它 _____（选择银行转账，请同时签署申请书背面的《保险款项自动转账授权书》）	证件号码： 证件号码： <b>团体机构（组织）申请人请同时填写《团体客户信息登记表》，自然人申请人请同时填写《个人客户身份信息登记表》。</b>																																																				
07 <input type="checkbox"/> 保单交费方式变更	<input type="checkbox"/> 银行转账 <input type="checkbox"/> 支票 <input type="checkbox"/> 其它 _____（选择银行转账，请同时签署申请书背面的《保险款项自动转账授权书》）																																																					
08 <input type="checkbox"/> 账户间资金转移 <input type="checkbox"/> 基本保险金额转移	<input type="checkbox"/> 由公共转至个人    转移金额：_____（详细情况通过填写人员信息清单确认） <input type="checkbox"/> 由个人转至公共    转移金额：_____																																																					
09 <input type="checkbox"/> 保单效力中止	保单效力中止日期：_____年____月____日（仅适用于建筑工程类团体保险）																																																					
10 <input type="checkbox"/> 保单效力恢复	保单效力恢复日期：_____年____月____日（仅适用于建筑工程类团体保险）																																																					
11 <input type="checkbox"/> 单位交费比例变更 （详细情况通过填写人员信息清单确认）	分单号： <span style="float: right;">被保险人姓名：</span> 单位交费比例： <span style="float: right;">单位交费金额：</span>	证件号码： _____（请同时签署申请书背面的《保险款项自动转账授权书》）																																																				
12 <input type="checkbox"/> 其它保全申请项目 _____	变更内容：																																																					
* 备注	_____																																																					

如果您选择银行转账方式进行收付费，请签署《保险款项自动转账授权书》。

### 保险款项自动转账授权书

作为立授权书人即账户所有人(以下简称“授权人”),兹对中国人民人寿保险股份有限公司(以下简称“人保寿险”)及被指定银行(以下简称“授权银行”)及中国人民银行认可的第三方支付结算机构(以下简称“第三方支付结算机构”)授权如下:

1. 授权人以本人真实姓名开立银行结算账户,并在本授权书中正确填写了授权银行、户名、授权账号和在该银行预留的手机号码。授权人自愿授权人保寿险使用该账户用于保险款项转账收付,款项数据以人保寿险向授权银行或第三方支付结算机构提供的款项明细为准。
  2. 因授权人提供的账户信息错误、账户金额不足或者账户销户、冻结、挂失、不符合人保寿险对授权账户要求等原因造成转账不成功的,人保寿险应当及时通知授权人;授权人未能及时办理相关手续的,应承担相应的责任,人保寿险无需承担由此引起的责任。
  3. 授权账户将自动作为应支付给投保人款项的账户。如涉及生存保险金领取并且生存保险金受益人与投保人为同一人时,该账户也将作为接收生存保险金的账户。
  4. 授权人如因账户遗失等原因欲终止授权的,应及时到授权银行办理更换或终止手续并书面通知人保寿险。人保寿险对在收到前述书面通知前按规定划付至授权账户的款项视为已支付给授权人,不对该授权账户的失窃或冒领承担责任。
  5. 本授权书为授权人同意人保寿险使用其授权账户收取和支付保险款项的授权证明,不作为收付费的凭据。本授权书将持续有效直至出现以下任一情况时效力终止:  
(1)人保寿险接受授权人终止授权申请 (2)授权账户终止/被冻结 (3)人保寿险不同意当次保全申请
  6. 任何对本授权的变更或者申请终止都应当由授权人签名确认,变更授权应由授权人重新填写并签署授权书。
- 注:(1)授权账户必须是授权人本人账户。(2)授权账户账号不得填写信用卡卡号,须为在授权银行开立的个人结算账户(I类账户)所载的账号。  
(3)若变更授权账户,须同时提供印有授权人账户姓名的账户复印件(存折或银行卡)及身份证复印件。

授权账户 信息	开户银行		户名		银行预留手机号码															
	银行账号																			

### 信息授权客户须知

在中国法律允许或要求的范围内,本人及被保险人授权人保寿险将本人及保单信息提供给投保当地保险行业协会信息平台以做合理利用,同意人保寿险和投保当地保险行业协会向本人及被保险人所提供的手机号码发送投保短信提示。本人及被保险人(包括受益人)授权贵公司可以从第三方就有关保险服务事宜查询、收集与本人及被保险人(包括受益人)相关的信息。本人及被保险人(包括受益人)同意贵公司将本人及被保险人(包括受益人)提供的信息、本人及被保险人(包括受益人)接受贵公司保险服务产生的信息以及贵公司从第三方查询、收集的信息(包括本单证签署之前提供、查询收集和产生的),用于人保集团及其因服务必要而委托的第三方,向本人及被保险人(包括受益人)提供服务、推介产品、开展市场调查与信息数据分析。人保集团及其委托的第三方对上述个人信息依法承担保密和信息安全义务。本人已对授权内容告知并征求被保险人及受益人意见。

本条中贵公司是指中国人民人寿保险股份有限公司,“人保集团”是指中国人民保险集团股份有限公司及其作为控股股东、实际控制人的公司。本授权自本单证签署时生效,具有独立法律效力,不受合同成立与否及效力状态变化的影响。如取消或变更授权,可在微信服务号“人保寿险E服务”自助操作。

申请类型: 本人申请 委托人保寿险服务人员代办 委托他人代办 其他\_\_\_\_\_ 如果您选择委托代办,请同时签署《授权委托书》。

### 授权委托书

中国人民人寿保险股份有限公司(以下简称“人保寿险”):

委托人\_\_\_\_\_ (证件类型\_\_\_\_\_ 证件号码\_\_\_\_\_ ) 委托受托人\_\_\_\_\_ (证件类型\_\_\_\_\_ 证件号码\_\_\_\_\_ ) 以委托人名义代为办理第\_\_\_\_\_项保险事宜。

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:人保寿险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,人保寿险不承担任何责任。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。

特别说明: 1. 受托人在办理受托事项时,必须同时提供其本人及委托人身份证件原件; 2. 本委托书仅适用于可以委托代办的保全项目。

如果达到以下任一标准,团体机构(组织)申请人须填写《团体客户信息登记表》,自然人申请人须填写《个人客户身份信息登记表》:

①单个被保险人的累计应交保险费大于等于人民币现金2万元或转账20万元; ②申请生存金/年金/红利自动授权转账领取。

请您在以下签名栏中签名(章),我公司将视为您已确认本申请书中所有填写内容均真实、准确、完整,且已仔细阅读并同意上述声明及授权。

投保人签章	被保险人签名	经办人签名	受托人签名:
	联系电话:	联系电话:	服务人员业务代码:
日期: 年 月 日	日期: 年 月 日	日期: 年 月 日	日期: 年 月 日

### 保险公司填写栏

柜面受理人员签名:	受理意见:	受理日期:
		年 月 日