



团体保险合同保全变更申请书

保险合同号码:	投保单位:	保全受理号:
---------	-------	--------

请您在仔细阅读填写说明后用蓝、黑水笔填写本申请表,在所需变更事项对应的方格内打“√”,并在该栏填写详细的变更内容。

01□投保单位资料变更 02□投保单位变更	原单位名称:	新单位名称:		
	行业类别:	行业代码:		
	单位地址:	邮编:	传真:	
	联系人 姓名:	电话:	部门:	E-mail:
	付款方式:	开户行:	账号:	
03□被保险人资料变更	姓名:	性别: <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	出生日期:	
	证件类型:	证件号码:		
如涉及多个被保险人同时变更, 请提供《团体保全被保险人清单》				
04□被保险人职业变更	请提供《团体保全被保险人清单》			
05□增加被保险人	请提供《团体保全被保险人清单》, 若申请增加的被保险人曾经患病或患病至今仍需治疗或正在治疗的, 或有身体残障状况的, 请填写《团体保险个人可保资料告知书》			
06□减少被保险人	请提供《团体保全被保险人清单》			
07□受益人变更	请提供《团体保全受益人变更清单》			
08□保险合同补发 <small>补发保险合同需先挂失15天</small>	投保单位声明: 自保险合同补发之日起, 原保险合同作废, 本单位愿承担由此而产生的法律责任。 本次保险单补发为第_____次补发, 本单位同意支付本次保险合同补发工本费人民币10元整。			
09□犹豫期合同撤销	注: 犹豫期合同撤销仅限于有合同撤销条款的险种, 撤销相关规定遵从条款内容。			
10□合同解除	投保单位声明: 自本申请书及相关资料送达贵公司客服柜面之日起, 本保险单效力终止。			
11□保单中止	中止时间为_____年_____月_____日零时起	注: 本保全项目仅适用于建工险。		
12□保单恢复	恢复时间为_____年_____月_____日零时起	注: 本保全项目仅适用于建工险。		
13□满期给付	满期险种_____			
14□其他变更 <small>请在右侧的说明栏中具体描述</small>	说明:			

第一联
公司联

客户签署栏:

投保人和被保险人声明对于本变更申请书各栏目中的所有陈述均属真实并准确无误, 请仔细阅读后在以下签名栏中签章或签名:

投保单位盖章:	法人代表或联系人签字: _____
盖章日期: _____年_____月_____日	被保险人签名: _____

健康顾问填写栏:

健康顾问工号:	健康顾问签名:	有效证件号:	联系电话:
---------	---------	--------	-------

如委托代办, 请填写以下授权委托书:

授权委托书	
和谐健康保险股份有限公司:	
本单位委托 _____ 女士/先生 (有效证件类型: _____ 证件号码为: _____) 到贵公司, 根据贵公司有关规定代为办理保险合同号码为 _____ 的以下保全变更事宜。	
保全变更项目为: _____	
自本单位签署该授权委托书之日起10日内, 授权委托书有效。由此产生的一切法律责任均由本单位承担。	
委托人(投保单位)盖章:	受托人签名:
授权(盖章)日期: _____年_____月_____日	
公司重要提示: 尊敬的客户, 本授权委托书经签署后, 您的受托人将代表您到公司办理上述申请事项, 您的保险单权益或保险单信息将会发生改变, 请您慎重填写。	

受理人员填写栏:

受理人员签名:	受理日期:	收到资料:
---------	-------	-------



团体保险合同保全变更申请书

保险合同号码:	投保单位:	保全受理号:
---------	-------	--------

请您在仔细阅读填写说明后用蓝、黑水笔填写本申请单,在所需变更事项对应的方格内打“√”,并在该栏填写详细的变更内容。

01□投保单位资料变更 02□投保单位变更	原单位名称:	新单位名称:		
	行业类别:	行业代码:		
	单位地址:	邮编:	传真:	
	联系人 姓名:	电话:	部门:	E-mail:
	付款方式:	开户行:	账号:	
03□被保险人资料变更	姓名:	性别: <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	出生日期:	
	证件类型:	证件号码:		
如涉及多个被保险人同时变更, 请提供《团体保全被保险人清单》				
04□被保险人职业变更	请提供《团体保全被保险人清单》			
05□增加被保险人	请提供《团体保全被保险人清单》, 若申请增加的被保险人曾经患病或患病至今仍需治疗或正在治疗的, 或有身体残障状况的, 请填写《团体保险个人可保资料告知书》			
06□减少被保险人	请提供《团体保全被保险人清单》			
07□受益人变更	请提供《团体保全受益人变更清单》			
08□保险合同补发 补发保险合同需先挂失15天	投保单位声明: 自保险合同补发之日起, 原保险合同作废, 本单位愿承担由此而产生的法律责任。 本次保险单补发为第_____次补发, 本单位同意支付本次保险合同补发工本费人民币10元整。			
09□犹豫期合同撤销	注: 犹豫期合同撤销仅限于有合同撤销条款的险种, 撤销相关规定遵从条款内容。			
10□合同解除	投保单位声明: 自本申请书及相关资料送达贵公司客服柜面之日起, 本保险单效力终止。			
11□保单中止	中止时间为_____年_____月_____日零时起	注: 本保全项目仅适用于建工险。		
12□保单恢复	恢复时间为_____年_____月_____日零时起	注: 本保全项目仅适用于建工险。		
13□满期给付	满期险种_____			
14□其他变更 请在右侧的说明栏中具体描述	说明:			

第二联 客户联

客户签署栏:

投保人和被保险人声明对于本变更申请书各栏目中的所有陈述均属真实并准确无误, 请仔细阅读后在以下签名栏中签章或签名:

投保单位盖章:	法人代表或联系人签字: _____
盖章日期: _____年_____月_____日	被保险人签名: _____

健康顾问填写栏:

健康顾问工号:	健康顾问签名:	有效证件号:	联系电话:
---------	---------	--------	-------

如委托代办, 请填写以下授权委托书:

授权委托书	
和谐健康保险股份有限公司: 本单位委托 _____ 女士/先生 (有效证件类型: _____ 证件号码为: _____) 到贵公司, 根据贵公司有关规定代为办理保险合同号码为 _____ 的以下保全变更事宜。 保全变更项目为: _____ 自本单位签署该授权委托书之日起10日内, 授权委托书有效。由此产生的一切法律责任均由本单位承担。	
委托人(投保单位)盖章:	受托人签名:
授权(盖章)日期: _____年_____月_____日	
公司重要提示: 尊敬的客户, 本授权委托书经签署后, 您的受托人将代表您到公司办理上述申请事项, 您的保险单权益或保险单信息将会发生改变, 请您慎重填写。	

受理人员填写栏:

受理人员签名:	受理日期:	收到资料:
---------	-------	-------