

## 团体保险合同内容变更申请书

<b>致：国富人寿保险股份有限公司</b> 兹申请对_____号保单做以下第_____项的变更，并同意变更生效日以贵公司出具的批单上的生效日为准。本申请书及批单均是保险合同的有效组成部分。																			
<b>※投保人</b>																			
<b>※变更项目</b>				<b>变更内容</b>															
□	<b>1.1 投保人信息变更(法人)</b> 新公章加盖处：			变更原因：_____ 原投保人名称：_____															
	新投保人名称				行业类别		经营范围												
	单位地址		省/自治区/直辖市	地级市	县级市/区/县		乡镇/街道												
			村委组/小区/门牌号		邮政编码														
	单位性质		<input type="checkbox"/> 国企 <input type="checkbox"/> 集体企业 <input type="checkbox"/> 民企 <input type="checkbox"/> 公私合作企业 <input type="checkbox"/> 中外合资企业 <input type="checkbox"/> 外资企业 <input type="checkbox"/> 社会组织机构 <input type="checkbox"/> 国际组织机构 <input type="checkbox"/> 国防军事企业																
	证照类型、 号码及证照 有效期		<input type="checkbox"/> 营业执照 ( <input type="checkbox"/> 统一社会信用代码 ) _____ 年 月 日 / <input type="checkbox"/> 长期																
			<input type="checkbox"/> 组织机构代码证 _____ 年 月 日 / <input type="checkbox"/> 长期																
	控股股东或 实际控制人		证件类型		证件号码		证件有效期												
			名称		地址														
	受益所有人		证件类型		证件号码		证件有效期												
名称			地址																
法定代表人 或负责人		证件类型		证件号码		证件有效期													
□	<b>1.2 投保人基本信息变更 (自然人)</b>			<input type="checkbox"/> 姓名 <input type="checkbox"/> 年龄 <input type="checkbox"/> 性别 <input type="checkbox"/> 职业类别 <input type="checkbox"/> 联系方式 <input type="checkbox"/> 银行账号 <input type="checkbox"/> 证件类型及证件号 <input type="checkbox"/> 证件有效期 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 变更详情： _____															
□	<b>2. 被保险人基本信息变更</b>																		
□	<b>3. 被保险人重要信息变更</b>																		
□	<b>4. 受益人指定或信息变更</b>			<input type="checkbox"/> 受益人指定或信息变更说明： _____															
□	<b>5. 保单税务信息变更</b>			变更内容： _____															
□	<b>6. 变更特别约定</b>			变更后内容： _____															
□	<b>7. 增加被保险人</b>			增加人数 _____ 人 减少人数 _____ 人 替换人数 _____ 人															
□	<b>8. 减少被保险人</b>			名单 _____															
□	<b>9. 替换被保险人</b>			_____															
□	<b>10. 建工险责任暂停/解除</b>			<input type="checkbox"/> 建工险责任期暂停 暂停原因： _____ <input type="checkbox"/> 建工险责任期暂停解除 解除原因： _____															
□	<b>11. 建工险保险期间延长</b>			延长后保险止期： _____															
□	<b>12. 被保险人名单补录</b>			名单 (可另附盖章版清单) _____															
□	<b>13. 保险计划新增</b>			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">险种/责任</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>保额 (万元)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				险种/责任						保额 (万元)					
险种/责任																			
保额 (万元)																			
□	<b>14. 变更保险方案</b>			变更内容 _____ 名单 _____															
□	<b>15. 人员保障计划迁移</b>			原计划名称 _____ 目标计划名称 _____ 名单 _____															
□	<b>16. 补充告知</b>			<input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 告知事项： _____ 提示：补充健康告知请填写本公司《团体被保险人健康告知书》并签名，其它补充告知请遵照相关要求。															

