

保全须知

一、以下保全项目在网销平台线上处理

支持生效前撤单，被保险人的增加、减少、替换的保全。线上批改的保全批单，客户可在操作保全的平台线上下载。

序号	保全项目	最早生效时间为提交申请后	费用计算	特别注意事项	说明
1	替换被保险人	T+2 的零时	0	单次替换率 \leq 80%； 累计替换率 \leq 200%； 不能新增原单中没有的职业风险等级； 已发生理赔的被保险人不能进行替换。 累计替换率=(本次申请替换人数+已做替换的人数)/本次保全替换申请时的整单生效人数。	
2	减少被保险人	T+2 的零时	减少的单个被保险人应退保费=个人保险费*(保险期间天数-已承保天数)/保险期间天数	已承保天数不满一天按照一天计算； 批减后被保险人人数不能少于3人； 不能改变保单原有的承保限制； 发生理赔的被保险人退费为0。	如由保险公司退费，仅支持退回投保人账户。
3	增加被保险人	T+2 的零时	增加的单个被保险人应收保费=同一方案中个人保险费*承保天数/保险期间天数	增加的被保险人的职业风险等级与原保单中一致。 保全保费须在保全生效前到账并确认： 在线支付必须当天23点前完成支付， 对公转账支付需当天17:00点前支付完成并上传转账凭证。	若当天不能转账的，确定转账前应重新测算保费，确保转账费用准确； 如由保险公司收费，仅支持对公转账。
4	生效前撤单	实时	保险起期(即保单生效)前退保，全额退款	保单生效前撤单，全额退款，保费退回支付账户。	

二、以下保全项目可在国富人寿保险官微处理

客户(仅支持被保险人)关注微信公众号“国富人寿保险”，注册成功后，可对单位为其投保的个人保单操作保单信息变更。

1. 被保险人基本信息变更
2. 被保险人重要信息变更(姓名、性别、出生日期、证件类型、证件号码)

三、以下保全项目暂时仅支持线下处理

客户可在网销平台或者国富官网下载保全变更申请资料申请保全。参照保全模板，将填写好的保全变更申请书和相关保全资料扫描发送至网销平台【邮件标题：** (网销平台名称) 团意+保单号+保全简述】，网销平台客服通过平台邮箱将保全资料发送至国富人寿保全专用邮箱。国富人寿保全专用邮箱将线下批改的保全批单发回申请保全的网销平台的邮箱，由网销平台发给客户。

保全生效时间最早为提交申请后 T+1 的零时。

注意：应监管要求，自2022年3月1日起，如为受托人(非投保人)代办线下保全，《团体保险合同内容变更申请书》需详细填写受托人身份信息(填写规则参照本文档最下方的模版)，并留存受托人有效身份证件影印件/复印件。

1. 投保人信息变更(涉及开票的，保全变更申请书须同时勾选保单税务信息变更)：

- (1) 保全变更申请书扫描件(应盖章，须填保单号及保全项目，非投保人本人办理业务需填写授权信息并提供受托人证件)；
- (2) 涉及证件内容变更的法人客户应提供单位证件扫描件。

注意：投保人名称由A公司变更为B公司，A公司与在保被保险人无保险利益(劳务关系)的，不支持变更，须退保重出；如A公司的保费是对公转账到国富的，国富原路退回保费，不支持A公司的保费用于抵扣B公司新单投保的保费。A公司与在保被保险人有保险利益(劳务关系)的，因录入错误或工商信息变更须要进行投保人名称更新的，须提供盖章的变更说明或工商局变更说明。涉及开票的，同时进行保单税务信息变更。如之前已开纸质发票，且该发票需要重开的，纸质发票原件须退回保险公司(电子发票可不提供)；如纸质专票已经抵扣的，同时提供发票红冲截图。

2. 保单税务信息变更：

- (1) 保全变更申请书扫描件（应盖章，须填保单号及保全项目，非投保人本人办理业务需填写授权信息并提供受托人证件）；
- (2) 提供变更后的税务信息并盖章（如在保全变更申请书上已标明，则此项可免除。税务信息包括：纳税人名称、纳税人识别号、开户银行、银行账户，税务登记地址、税务登记联系电话。注意：发票类型为“普通发票”的仅提供“纳税人全称”和“纳税识别号”；小规模纳税人不能申请专票）。
- (3) 如涉及单位纸质发票已打印但未报销需重开的，需在**在申请保全的邮件中说明**，并将纸质发票寄回保险公司（询问平台客服获取保险公司地址，并提供寄送地址）。

3. 被保险人重要信息变更（职业类别）：

- (1) 保全变更申请书扫描件（应盖章，须填保单号及保全项目，非投保人本人办理业务需填写授权信息并提供受托人证件）；
- (2) 提供投保人、需变更的被保险人的有效证件扫描件。

职业变更特别提示：被保险人变更其职业或工种时，投保人或被保险人应于5个工作日内申请保全变更。被保险人所变更的职业或工种依照职业分类其危险程度降低时，保险公司自接到通知之日起，退还变更前保险费率对应的现金价值；其危险程度增加时，保险公司自接到通知之日起，按变更前保险费率增收相应保险费。但被保险人所变更的职业或者工种依照保险公司职业分类在本合同拒保范围内的，自保险公司接到通知之日起，保险公司对该被保险人所承担的保险责任终止，并按约定向投保人退还该被保险人对应的现金价值。**保全生效时间最早为提交申请后 T+1 的零时。**

4. 保单生效后退保：

- (1) 保全变更申请书扫描件（须填保单号及保全项目，支付账户等，法人客户应盖章，非投保人本人办理业务需填写授权信息并提供受托人证件）；
 - (2) 纸质发票原件（电子发票可不提供，纸质发票需退回；**如果已经抵扣专票的须要提供发票红冲截图后寄回才可退保**）；
- 注意：本产品生效前可在所购买的平台上撤单。如生效后退保，则申请保全。保单生效后退保，当天退保最早次日零时生效，整单退保保费=整单保险费*（保险期间天数-已承保天数）/保险期间天数，退费退回支付账户。发生理赔的被保险人退费为0。



以团体保单的“保险合同号”为准

团体保险合同内容变更申请书

致：国富人寿保险股份有限公司

该数字为保全变更项目编号

兹申请对 6099110000000000XXXX 号保单做以下第 7 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。

※投保人

南宁市 XXX 有限责任公司

※变更项目

变更内容

1.1 投保人信息变更（法人）

变更原因：_____ 原投保人名称：_____

新公章加盖处 **变更投保人时，全部内容都必须填写**

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

法人客户的投保人信息变更时勾选此框

单位性质 国企 集体企业 民企 公私合作企业 中外合资企业 外资企业 社会组织机构 国际组织机构 国防军事企业 **请填写证件有效期止期**

证照类型、号码及证照有效期 营业执照（统一社会信用代码）_____ 2020 年 12 月 01 日
 组织机构代码证 _____ 年 月 日
 税务登记证/其他 _____ 年 月 日

控股股东或实际控制人 证件类型 _____ 证件号码 _____ 证件有效期 _____

受益所有人 名称 _____ 地址 _____ 证件类型 _____ 证件号码 _____ 证件有效期 _____

法定代表人或负责人 证件类型 _____ 证件号码 _____ 证件有效期 _____

1.2 投保人基本信息变更（自然人）
 姓名 年龄 性别 职业类别 联系方式 银行账号
 证件类型及证件号 证件有效期 其他 _____

2. 被保险人基本信息变更 变更详情：_____

<input type="checkbox"/>	3.被保险人重要信息变更 4.受益人指定及信息变更	<input type="checkbox"/> 受益人指定及信息变更说明：_____				
<input type="checkbox"/>	5.保单税务信息变更	变更内容：_____				
<input type="checkbox"/>	6.变更特别约定	变更后内容：_____				
<input checked="" type="checkbox"/>	7.增加被保险人	增加人数 <u>5</u> 人 减少人数 <u>/</u> 人 替换人数 <u>/</u> 人				
<input type="checkbox"/>	8.减少被保险人	名单（可另附盖章版清单）_____				
<input type="checkbox"/>	9.替换被保险人	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 2px; display: inline-block;"> 增加、减少及替换被保险人时需同时提供加盖公章的被保险人员清 </div>				
<input type="checkbox"/>	10.建工险责任暂停/解除	<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：_____				
<input type="checkbox"/>	11.建工险保险期间延长	延长后保险止期：_____				
<input type="checkbox"/>	12.被保险人名单补录	名单（可另附盖章版清单）_____				
<input type="checkbox"/>	13.保险计划新增	险种/责任				
		保额(万元)				
<input type="checkbox"/>	14.变更保险方案	变更内容_____ 名单（可另附盖章版清单）_____				
<input type="checkbox"/>	15.人员保障计划迁移	原计划名称_____ 目标计划名称_____ 名单（可另附盖章版清单）_____				
<input type="checkbox"/>	16.补充告知	<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。				
<input type="checkbox"/>	17.结算方式变更	<input type="checkbox"/> 实时结算 <input type="checkbox"/> 定期结算，定期结算内容以定期结算协议为准。				
<input type="checkbox"/>	18.期满前退保	<input type="checkbox"/> 整单退保 <input type="checkbox"/> 被保险人退保 退保原因： <input type="checkbox"/> 经济原因 <input type="checkbox"/> 服务不满意 <input type="checkbox"/> 公司合并、解散、重组 <input type="checkbox"/> 其他原因_____				
<input type="checkbox"/>	19.协议退保	确认已通知被保险人退保 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
<input type="checkbox"/>	20.生效前退保	有无欠交保费及利息： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 金额_____				
<input type="checkbox"/>	21.犹豫期内退保	提示： 1.本合同的保险责任自本公司接到解除合同申请书次日起终止； 2.主险退保时，附加险随主险一并解除； 3.办理退保手续时须附带保险合同正本，公司收回保险合同和全部保险凭证，并作废无效； 4.若保险合同遗失，须同时出具单位签章的《保险合同遗失声明》，方可办理退保手续。				
<input type="checkbox"/>	22.保单挂失与解挂	<input type="checkbox"/> 保单挂失 <input type="checkbox"/> 保单挂失解挂				
<input type="checkbox"/>	23.保险合同补发与换发	申请补发/换发原因：_____ 补/换发次数：_____ 遗失声明：自保险合同补发之日起，原保险合同声明作废，日后因该作废的保险合同发生的任何纠纷，由本单位/本人承担全部责任。 抄录遗失声明：_____				
<input type="checkbox"/>	24.其他保全申请					

保全项目涉及补退费时应勾选相应账户，如为非原交费账户，应勾选“其他账户”，填写完整账号内容并提供银行卡复印件

收付费转账授权声明（保全申请需补、退费适用）：

本次保全申请涉及补退费时，申请人授权贵公司采用转账方式进行费用收取或费用支付。请确定转账账户为：原交费账户 其他账户

如果您选择其他账户，请同时填写账户信息，并提供存折复印件或银行卡存取款凭证原件：

银行名称：_____ 户名：_____ 账号：_____

声明：1.本人授权国富人寿保险股份有限公司（以下简称“贵公司”）与开户银行（以下简称“银行”），按保险合同约定的保险费支付时间和保险金额，从变更后的账户内自动扣划保险合同项下各期应交保险费。如果该账户终止或余额不足以支付保险费，由此所致的保险契约自此不产生效力或保险合同中止或终止的任何责任将由本人承担。

2.本人授权贵公司与银行将按保险合同约定或法律规定应支付给本人的款项均以转账方式划入上述账户，如该账户取消或转账不成功，贵公司有权通过其他方式支付相应款项。请贵公司以本人最后一次提供的领款授权账号为准，本人与贵公司签订的所有保险合同中应支付给本人的款项将统一划入该账户，当贵公司将相关款项划到该账户后，即视作本人已领取相应款项，由此产生的任何后果和责任均由本人承担。

3.本人清楚：本人所提供的授权转账账户，必须是本人的个人结算账户（如：借记卡，个人活期结算存折）。本人同意于每期保险费转账成功后，需在授权账户中保留至少人民币10元，否则可能导致扣款失败并影响该保险合同的效力。

4.如所授权之银行要求与本人签订书面转账授权协议的，本人应与银行另行签订转账协议。

如申请人不能亲自办理，请填写下列内容：

本单位/人委托 王XX（证件类型：居民身份证 护照 其他_____；证件号码：45010319XXXXXXXXXX；证件有效期：2036年05月01日，联系电话：1360011XXXX）代
为办理保单的保全事宜，由此产生的经济、法律纠纷由委托人自行负责，特此声明！

委托人（签章）

受托人签字：王XX



团体客户名称同证件、单位公章均应一致，签章应清晰完整

经办人名称同有效证件、签名均应一致

投保人声明：

本单位/人同意以此申请书作为保险合同变更要约，并同意贵公司依据此申请书办理变更事项。

※投保人（签章）

※经办人：王XX

联系电话：1360011XXXX

申请日期：2018年05月14日



以下由保险公司填写：

客户经理姓名及工号	周小川 8611010	联系电话	13500010001
初审人员意见：	核保人员意见：		
初审人员：_____年 月 日	核保人员：_____年 月 日		