

国富人寿团意产品保全须知

一、网销平台线上保全（保全批单可在操作平台下载）

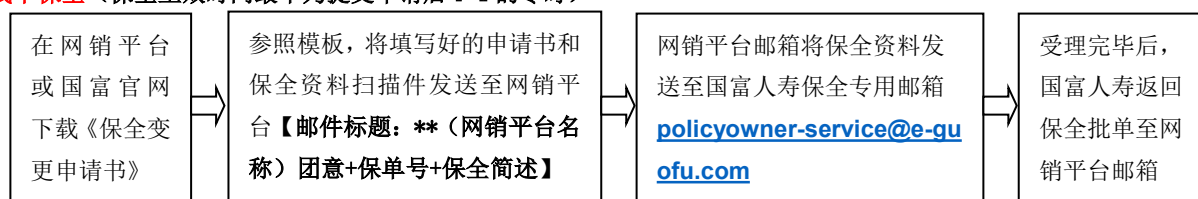
序号	保全项目	最早生效时间为提交申请后	费用计算	特别注意事项	说明
1	替换被保险人	T+1 的零时	0	单次替换率≤80%；累计替换率≤200%；不能新增原单中没有的职业风险等级；已发生理赔的被保险人不能进行替换。累计替换率=(本次申请替换人数+已做替换的人数)/本次保全替换申请时的整单生效人数。	
2	减少被保险人	T+1 的零时	减少的单个被保险人应退保费=个人保险费*(保险期间天数-已承保天数)/保险期间天数	已承保天数不满一天按照一天计算；批减后被保险人人数不能少于3人；不能改变保单原有的承保限制；发生理赔的被保险人退费为0。	如由国富退费，仅支持退回投保人对公账户。
3	增加被保险人	T+1 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。 保全保费支付时效： 线上支付 需保全受理成功至生效日前一日 24 时前完成支付， 线下支付 需保全受理成功至生效日前一日 16 时前支付完成并上传转账凭证。	请于测算保费当天转账，避免因保费偏差产生退费；不能当天转账的，转账前需再次测算保费。
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、国富人寿保险官微保全

被保险人本人关注微信公众号“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（非换人）（姓名、性别、出生日期、证件类型、证件号码）

三、线下保全（保全生效时间最早为提交申请后 T+1 的零时）



《保全变更申请书》及保全材料须知：

- (1) 申请书必填项：保单号、公司名称、保全项目、经办人须填写授权信息并提供证件影像、公司盖章；
- (2) 涉及投保人及证件变更的，须提供新、旧营业执照扫描件、工商局变更说明盖章件；
- (3) 涉及被保险人信息变更的，须提供有效证件扫描件；
- (4) 涉及补退费的，须填写完整银行信息并提供银行卡复印件；
- (5) 涉及退保/重新开票的，须提供纸质发票原件。

1. 投保人信息变更

- (1) 保全变更申请书扫描件
- (2) 新、旧营业执照扫描件
- (3) 工商局变更说明盖章件
- (4) 经办人有效证件影像

涉及开票的，须同时勾选保单税务信息

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	☐ 机关、团体 ☐ 国家机关 ☐ 党政机关 ☐ 社会团体 ☐ 基层群众自治组织 ☐ 卫生事业 ☐ 体育事业 ☐ 社会事业 ☐ 教育事业 ☐ 文化艺术业 ☐ 广播电影电视业 ☐ 科学研究业 ☐ 综合技术服务业 ☐ 国有 ☐ 集体 ☐ 个体 ☐ 私有 ☐ 外资 ☐ 混合所有制 ☐ 其他					
证照信息	统一社会信用代码_____年 月 日/□长期					绿色产业 ☐ 是 ☐ 否
控股股东或实际控制人		证件类型		证件号码		证件有效期(起止)
受益所有人	名称			地址		
	证件类型			证件号码		证件有效期(起止)
法定代表人或负责人		证件类型		证件号码		证件有效期(起止)
☐	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				
☐	2.被保险人基本信息变更	☐ 证件类型及证件号 ☐ 证件有效期 ☐ 其他_____				
☐	3.被保险人重要信息变更	变更详情: _____				
☐	4.受益人指定及信息变更	☐ 受益人指定及信息变更说明: _____				
☐	5.保单税务信息变更	变更内容: _____				
☐	6.变更特别约定	变更后内容: _____				
☐	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				
☐	8.减少被保险人	名单 _____				
☐	9.替换被保险人	变更该项时，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人员清单				
☐	10.建工险责任暂停/解除	☐ 建工险责任期暂停 暂停原因: _____ ☐ 建工险责任期暂停解除 解除原因: _____				
☐	11.建工险保险期间延长	延长后保险止期: _____				
☐	12.被保险人名单补录	名单 (可另附盖章版清单) _____				
☐	13.保险计划新增	险种/责任				
		保额(万元)				
☐	14.变更保险方案	变更内容 _____ 名单 _____				
☐	15.人员保障计划迁移	原计划名称 _____ 目标计划名称 _____ 名单 _____				
☐	16.补充告知	☐ 投保人 ☐ 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。				
☐	17.结算方式变更	☐ 实时结算 ☐ 定期结算，定期结算内容以定期结算协议为准。				
☒	18.期满前退保	☒ 整单退保 ☐ 被保险人退保				
☐	19.协议退保	退保原因: ☐ 经济原因 ☐ 服务不满意 ☐ 公司合并、解散、重组 ☐ 其他原因 _____				
☐	20.生效前退保	确认已通知被保险人退保 ☒ 是 ☐ 否				
☐	21.犹豫期内退保	有无欠交保费及利息: ☐ 有 ☒ 无 金额 _____				
		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纸质保险合同及纸质发票,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。				

必
填

☐	22 保单挂失与解挂	☐ 保单挂失 ☐ 保单挂失解挂
☐	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：_____
☐	24.其他保全申请	

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：_____ XX 银行 XX 支行 户名：_____ XXX 公司 账号：_____ 6222XXXXXXXXXXXX
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费金额，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均统一划入该账户，当贵公司将相关款项划入该账户后，即视作本人已领取相应款项，由此产生的任何后注意：应监管要求，如为受托人（非投保人）代办线下保全，需详细填写受托人身份信息（填写规则参照模版），并提供受托人有效身份证件影印件/复印件。
3.本人清楚：本身份信息（填写规则参照模版），并提供受托人有效身份证件影印件/复印件。
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！
团体客户名称同证件、单位公章均应一致，签章应清晰完整 受托人（签章）_____ 受托人签字：_____ 王 XX 经办人名称同有效证件、签名均应一致

投保人声明：
本单位/人同意以此申请作为保险合同变更要约，并同意贵公司依此办理上述变更事项。
※投保人（签章）_____ ※ 经办人：_____ 王 XX 联系电话：_____ 1360011XXXX
申请日期：_____ 2023 年 01 月 01 日

以下由保险公司填写：			
客户经理姓名及工号		联系电话	
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	