

团体保险合同变更申请书(信息类变更)

受理号: _____

扫描业务号: _____

保单号码	0000XXXXXXXX088	投保人	XX有限公司
服务人员姓名/代码	李四/XXXXXX	服务人员联系电话	170XXXXXXXX

申请须知

- 内打√即为所申请项目,同时根据申请内容提供相应文件;此申请在本公司完成申请内容操作后不可撤回。
- 为了维护您的利益,请勿在空白申请书上签名(签章),请慎重核对所填写的资料,确认准确无误后再签名(签章)。
- 您所申请的变更项目,经本公司审核同意后生效,变更内容及生效日期以批单载明的为准。
- 涉及交费的,本公司将优先使用保单余额进行抵交(统括保单除外),若保单余额未能抵交全额保费的将通知您交纳差额,若未在本公司规定时间内交清的,本公司有权做撤件处理。

变更事项	变更内容(仅需填写本次变更的内容,未变更的信息无需填写)																																																																																																																																																																																																																																																																												
<p><input type="checkbox"/>1. 变更投保人</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>2. 投保人信息变更</p> <p>申请原因: _____</p> <p>签章留样: _____</p> <p>填写说明: (1)变更投保人或投保人的证件号码、名称或姓名需详细说明原因; (2)家庭单变更投保人需同时变更续期交费账户; (3)变更投保人或投保人名称有变更需签章留样。</p>	<table border="1"><tr><td rowspan="5">投保单位</td><td>投保单位全称</td><td colspan="5"></td></tr><tr><td>经营范围</td><td>单位性质</td><td colspan="3">行业类别</td></tr><tr><td>单位证件类型</td><td colspan="4">单位证件号码</td></tr><tr><td>证件有效期</td><td colspan="5">____年__月__日至□____年__月__日/□长期</td></tr><tr><td>单位通讯地址</td><td colspan="5">____省/直辖市____市____区/县____ (邮政编码:____)</td></tr><tr><td rowspan="4">企业代表人</td><td>姓名</td><td>国籍</td><td colspan="2">出生日期</td><td></td></tr><tr><td>证件类型</td><td colspan="4">证件号码</td></tr><tr><td>证件有效期</td><td colspan="5">____年__月__日至□____年__月__日/□长期</td></tr><tr><td>法定代表联系地址</td><td colspan="5">____省/直辖市____市____区/县____</td></tr><tr><td rowspan="5">联系人</td><td>姓名</td><td>张三</td><td>国籍</td><td>中国</td><td>性别</td><td>男</td><td>出生日期</td><td>1996年1月1日</td></tr><tr><td>所属部门</td><td>人力资源部</td><td>职务</td><td colspan="4">人力资源部主管</td></tr><tr><td>证件类型</td><td>身份证</td><td colspan="4">证件号码</td><td colspan="3">440000000000000000</td></tr><tr><td>证件有效期</td><td colspan="7">XXXX年X月X日至□XXXX年X月X日/□长期</td></tr><tr><td>电子邮箱</td><td>1234567@XX.COM</td><td>手机</td><td colspan="4">13X00000000</td></tr><tr><td rowspan="5">家庭单</td><td>投保人姓名</td><td>国籍</td><td>性别</td><td colspan="2">出生日期</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>证件类型</td><td colspan="4">证件号码</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>证件有效期</td><td colspan="7">____年__月__日至□____年__月__日/□长期</td></tr><tr><td>联系地址</td><td colspan="7">____省/直辖市____市____区/县____ (邮政编码:____)</td></tr><tr><td>联系电话</td><td colspan="2">电子邮箱</td><td colspan="5"></td></tr><tr><td colspan="9"><p>被保险人与新投保人的关系:请填写本保单有效被保险人姓名及关系选项(①本人②配偶③子女④父母),其他关系请填写具体关系</p><p>被保险人1:____关系:____; 被保险人2:____关系:____; 被保险人3:____关系:____; 被保险人4:____关系:____; 被保险人5:____关系:____; 被保险人6:____关系:____;</p></td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/>3. 被保险人信息变更</td><td colspan="8"><p><input type="checkbox"/>职业变更 <input type="checkbox"/>月薪变更 <input checked="" type="checkbox"/>个人信息变更</p><p>具体变更内容: <u>变更姓名/证件号码等</u> (若变更证件号码,请详细说明变更原因: <u>换证/录入有误等具体原因</u>) 申请人数合计: <u>10</u> 人(明细详见名册)</p></td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/>4. 受益人变更 (含受益人信息变更)</td><td colspan="8">申请人数合计: <u>10</u> 人(明细详见名册-B款)</td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/>5. 补发保险单证</td><td colspan="8"><input type="checkbox"/>补发保单 <input checked="" type="checkbox"/>补发保险凭证: <u>被保险人张XX, 证件号码440000000000000000</u></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>6. 其他变更</td><td colspan="8">具体事项: _____</td></tr><tr><td>7. 如涉及退费,请勾选: <input checked="" type="checkbox"/>①退至投保人 <input type="checkbox"/>②退入保单余额账户 (若未勾选则默认②)</td><td colspan="8">户名: <u>XX有限公司</u></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>8. 续期交费账户变更</td><td colspan="8">开户银行: <u>中信</u> 银行 <u>广州市XX区</u> 支行 开户城市: <u>广东省广州市</u></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/>9. 理赔金给付账户变更</td><td colspan="8">银行账号: <u>100000000000000000</u></td></tr><tr><td></td><td colspan="4">变更被保险人账户时填写: 姓名: _____ 证件号码: _____</td><td colspan="4">授权账户非本保单交费账户, 请告知原因: _____</td></tr><tr><td colspan="9" style="text-align: center;">委托授权事项</td></tr><tr><td colspan="9">现委托 <u>李四</u> 先生/女士 (证件类型 <u>身份证</u> 证件号码 <u>440000000000000000</u> 移动电话 <u>170XXXXXXXX</u>) 为本单位/本人办理上述指定申请事项,由此产生的一切法律后果均由本单位/本人承担。 代办人是投保人的: <input checked="" type="checkbox"/>销售/服务人员 <input type="checkbox"/>员工 <input type="checkbox"/>父母 <input type="checkbox"/>配偶 <input type="checkbox"/>子女 <input type="checkbox"/>其他 _____</td></tr><tr><td colspan="9"><input checked="" type="checkbox"/> 申请人确认: 本单位/本人已仔细阅读、理解并同意申请表背面的《投保人/被保险人声明》。</td></tr><tr><td>投保人签章:</td><td colspan="4">被保险人/监护人签名:</td><td colspan="4">受托人签名:</td></tr><tr><td>经办人: <u>张三</u></td><td colspan="4">联系电话: <u>13X00000000</u></td><td colspan="4">联系电话: <u>170XXXXXXXX</u></td></tr><tr><td>申请日期: <u>2025年1月1日</u></td><td colspan="4">申请日期:</td><td colspan="4">申请日期: <u>2025年1月1日</u></td></tr></table>	投保单位	投保单位全称						经营范围	单位性质	行业类别			单位证件类型	单位证件号码				证件有效期	____年__月__日至□____年__月__日/□长期					单位通讯地址	____省/直辖市____市____区/县____ (邮政编码:____)					企业代表人	姓名	国籍	出生日期			证件类型	证件号码				证件有效期	____年__月__日至□____年__月__日/□长期					法定代表联系地址	____省/直辖市____市____区/县____					联系人	姓名	张三	国籍	中国	性别	男	出生日期	1996年1月1日	所属部门	人力资源部	职务	人力资源部主管				证件类型	身份证	证件号码				440000000000000000			证件有效期	XXXX年X月X日至□XXXX年X月X日/□长期							电子邮箱	1234567@XX.COM	手机	13X00000000				家庭单	投保人姓名	国籍	性别	出生日期					证件类型	证件号码							证件有效期	____年__月__日至□____年__月__日/□长期							联系地址	____省/直辖市____市____区/县____ (邮政编码:____)							联系电话	电子邮箱							<p>被保险人与新投保人的关系:请填写本保单有效被保险人姓名及关系选项(①本人②配偶③子女④父母),其他关系请填写具体关系</p> <p>被保险人1:____关系:____; 被保险人2:____关系:____; 被保险人3:____关系:____; 被保险人4:____关系:____; 被保险人5:____关系:____; 被保险人6:____关系:____;</p>									<input checked="" type="checkbox"/> 3. 被保险人信息变更	<p><input type="checkbox"/>职业变更 <input type="checkbox"/>月薪变更 <input checked="" type="checkbox"/>个人信息变更</p> <p>具体变更内容: <u>变更姓名/证件号码等</u> (若变更证件号码,请详细说明变更原因: <u>换证/录入有误等具体原因</u>) 申请人数合计: <u>10</u> 人(明细详见名册)</p>								<input checked="" type="checkbox"/> 4. 受益人变更 (含受益人信息变更)	申请人数合计: <u>10</u> 人(明细详见名册-B款)								<input checked="" type="checkbox"/> 5. 补发保险单证	<input type="checkbox"/> 补发保单 <input checked="" type="checkbox"/> 补发保险凭证: <u>被保险人张XX, 证件号码440000000000000000</u>								<input type="checkbox"/> 6. 其他变更	具体事项: _____								7. 如涉及退费,请勾选: <input checked="" type="checkbox"/> ①退至投保人 <input type="checkbox"/> ②退入保单余额账户 (若未勾选则默认②)	户名: <u>XX有限公司</u>								<input type="checkbox"/> 8. 续期交费账户变更	开户银行: <u>中信</u> 银行 <u>广州市XX区</u> 支行 开户城市: <u>广东省广州市</u>								<input type="checkbox"/> 9. 理赔金给付账户变更	银行账号: <u>100000000000000000</u>									变更被保险人账户时填写: 姓名: _____ 证件号码: _____				授权账户非本保单交费账户, 请告知原因: _____				委托授权事项									现委托 <u>李四</u> 先生/女士 (证件类型 <u>身份证</u> 证件号码 <u>440000000000000000</u> 移动电话 <u>170XXXXXXXX</u>) 为本单位/本人办理上述指定申请事项,由此产生的一切法律后果均由本单位/本人承担。 代办人是投保人的: <input checked="" type="checkbox"/> 销售/服务人员 <input type="checkbox"/> 员工 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 _____									<input checked="" type="checkbox"/> 申请人确认: 本单位/本人已仔细阅读、理解并同意申请表背面的《投保人/被保险人声明》。									投保人签章:	被保险人/监护人签名:				受托人签名:				经办人: <u>张三</u>	联系电话: <u>13X00000000</u>				联系电话: <u>170XXXXXXXX</u>				申请日期: <u>2025年1月1日</u>	申请日期:				申请日期: <u>2025年1月1日</u>			
	投保单位		投保单位全称																																																																																																																																																																																																																																																																										
			经营范围	单位性质	行业类别																																																																																																																																																																																																																																																																								
			单位证件类型	单位证件号码																																																																																																																																																																																																																																																																									
			证件有效期	____年__月__日至□____年__月__日/□长期																																																																																																																																																																																																																																																																									
		单位通讯地址	____省/直辖市____市____区/县____ (邮政编码:____)																																																																																																																																																																																																																																																																										
	企业代表人	姓名	国籍	出生日期																																																																																																																																																																																																																																																																									
		证件类型	证件号码																																																																																																																																																																																																																																																																										
		证件有效期	____年__月__日至□____年__月__日/□长期																																																																																																																																																																																																																																																																										
		法定代表联系地址	____省/直辖市____市____区/县____																																																																																																																																																																																																																																																																										
	联系人	姓名	张三	国籍	中国	性别	男	出生日期	1996年1月1日																																																																																																																																																																																																																																																																				
		所属部门	人力资源部	职务	人力资源部主管																																																																																																																																																																																																																																																																								
		证件类型	身份证	证件号码				440000000000000000																																																																																																																																																																																																																																																																					
		证件有效期	XXXX年X月X日至□XXXX年X月X日/□长期																																																																																																																																																																																																																																																																										
		电子邮箱	1234567@XX.COM	手机	13X00000000																																																																																																																																																																																																																																																																								
家庭单	投保人姓名	国籍	性别	出生日期																																																																																																																																																																																																																																																																									
	证件类型	证件号码																																																																																																																																																																																																																																																																											
	证件有效期	____年__月__日至□____年__月__日/□长期																																																																																																																																																																																																																																																																											
	联系地址	____省/直辖市____市____区/县____ (邮政编码:____)																																																																																																																																																																																																																																																																											
	联系电话	电子邮箱																																																																																																																																																																																																																																																																											
<p>被保险人与新投保人的关系:请填写本保单有效被保险人姓名及关系选项(①本人②配偶③子女④父母),其他关系请填写具体关系</p> <p>被保险人1:____关系:____; 被保险人2:____关系:____; 被保险人3:____关系:____; 被保险人4:____关系:____; 被保险人5:____关系:____; 被保险人6:____关系:____;</p>																																																																																																																																																																																																																																																																													
<input checked="" type="checkbox"/> 3. 被保险人信息变更	<p><input type="checkbox"/>职业变更 <input type="checkbox"/>月薪变更 <input checked="" type="checkbox"/>个人信息变更</p> <p>具体变更内容: <u>变更姓名/证件号码等</u> (若变更证件号码,请详细说明变更原因: <u>换证/录入有误等具体原因</u>) 申请人数合计: <u>10</u> 人(明细详见名册)</p>																																																																																																																																																																																																																																																																												
<input checked="" type="checkbox"/> 4. 受益人变更 (含受益人信息变更)	申请人数合计: <u>10</u> 人(明细详见名册-B款)																																																																																																																																																																																																																																																																												
<input checked="" type="checkbox"/> 5. 补发保险单证	<input type="checkbox"/> 补发保单 <input checked="" type="checkbox"/> 补发保险凭证: <u>被保险人张XX, 证件号码440000000000000000</u>																																																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> 6. 其他变更	具体事项: _____																																																																																																																																																																																																																																																																												
7. 如涉及退费,请勾选: <input checked="" type="checkbox"/> ①退至投保人 <input type="checkbox"/> ②退入保单余额账户 (若未勾选则默认②)	户名: <u>XX有限公司</u>																																																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> 8. 续期交费账户变更	开户银行: <u>中信</u> 银行 <u>广州市XX区</u> 支行 开户城市: <u>广东省广州市</u>																																																																																																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> 9. 理赔金给付账户变更	银行账号: <u>100000000000000000</u>																																																																																																																																																																																																																																																																												
	变更被保险人账户时填写: 姓名: _____ 证件号码: _____				授权账户非本保单交费账户, 请告知原因: _____																																																																																																																																																																																																																																																																								
委托授权事项																																																																																																																																																																																																																																																																													
现委托 <u>李四</u> 先生/女士 (证件类型 <u>身份证</u> 证件号码 <u>440000000000000000</u> 移动电话 <u>170XXXXXXXX</u>) 为本单位/本人办理上述指定申请事项,由此产生的一切法律后果均由本单位/本人承担。 代办人是投保人的: <input checked="" type="checkbox"/> 销售/服务人员 <input type="checkbox"/> 员工 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他 _____																																																																																																																																																																																																																																																																													
<input checked="" type="checkbox"/> 申请人确认: 本单位/本人已仔细阅读、理解并同意申请表背面的《投保人/被保险人声明》。																																																																																																																																																																																																																																																																													
投保人签章:	被保险人/监护人签名:				受托人签名:																																																																																																																																																																																																																																																																								
经办人: <u>张三</u>	联系电话: <u>13X00000000</u>				联系电话: <u>170XXXXXXXX</u>																																																																																																																																																																																																																																																																								
申请日期: <u>2025年1月1日</u>	申请日期:				申请日期: <u>2025年1月1日</u>																																																																																																																																																																																																																																																																								



投保人/被保险人声明

一、告知事项及权益确认

1. 本单位/本人（指投保人及被保险人）已阅知、理解并同意遵守贵公司申请须知。
2. 上述涉及保险权益变化的申请事项，本单位/本人（指投保人）已告知所有相关被保险人，并且征得被保险人的同意；如涉及法律纠纷，由投保人承担相关责任。
3. 本单位/本人（指投保人及被保险人）确认本申请表填写的、随附文件记载的内容均准确并属实且符合本单位/本人、被保险人及其他相关主体的真实意愿。如有隐瞒或不实，相关责任由本单位/本人承担。
6. 本单位（指投保人）已通过查阅贵公司官网（www.citic-prudential.com.cn）的内容，知悉贵公司《职业分类表》，理解其含义并依据其为被保险人所属的职业进行分类，若所填报的职业类别与实际情况不符，影响贵公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，贵公司有权解除保险合同且不承担保险责任。
7. 本单位/本人（指投保人及被保险人）知晓所有保险合同事项均以保险合同所载为准，除由贵公司经正式程序修改或批注的内容外，其它任何的口头及书面陈述、报告或合约均无效，贵公司无需负责。

二、个人信息使用授权确认

1. 本单位/本人（指投保人及被保险人）确认，已经通过查阅贵公司官网，阅读、理解并同意《中信保诚隐私政策》的全部内容。
2. 本单位/本人（指投保人及被保险人）确认，相关涉及个人信息收集和处理事宜，已告知被保险人、受益人、联系人、法定代表人（负责人）等相关信息主体并已获得上述信息主体的明确授权同意，如涉及法律纠纷，由本单位/本人承担相关责任。
3. 基于本单位/本人（指投保人及被保险人）的同意、履行保险合同的必要以及《中信保诚隐私政策》中“我们如何收集和使用您的个人信息”所述的目的、法律依据和方式，在法律法规许可的范围内：
 - 1) 同意贵公司及贵公司的合作机构处理本人、被保险人、受益人、联系人、法定代表人（负责人）的个人信息（其中可能含有贵公司隐私政策中“附录 1：定义”项下所述的敏感个人信息）。《中华人民共和国个人信息保护法》规定，敏感个人信息包括生物识别、宗教信仰、特定身份、医疗健康、金融账户、行踪轨迹、不满十四周岁未成年人的个人信息。
 - 2) 同意贵公司将本人、被保险人、受益人、联系人、法定代表人（负责人）的个人信息披露或提供给贵公司隐私政策中“我们如何委托处理、对外提供、转让、公开披露您的个人信息”项下所述的第三方。贵公司的合作机构可对上述个人信息进行有效性核验、存储、登记、合理的使用与传递。
 - 3) 同意贵公司将本人、被保险人、受益人、联系人、法定代表人（负责人）的个人信息根据贵公司隐私政策中“您的个人信息如何在全球范围转移”项下所述的中国境外处理，并提供给隐私政策中“我们如何委托处理、对外提供、转让、公开披露您的个人信息”项下所述中国境外的接受方。
4. 本单位/本人（指投保人及被保险人）同意贵公司在实现处理目的所需的期限内保存及使用投保人、被保险人、受益人、联系人、法定代表人（负责人）的个人信息。除法律法规另有规定或本单位/本人另有授权外，保存期限从保险合同终止之日起计算至少保存 10 年。