



# 团体高端医疗保险合同变更申请书

保险单号码: \_\_\_\_\_ 保单生效日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

投保人: \_\_\_\_\_ 业务员姓名/工号: \_\_\_\_\_

定期结算业务: 否 是 (默认为否)

(请在所申请的项目上打“√”, 如申请内容过长, 可提供附页, 附页与本申请书需加盖投保单位骑缝章)

### 投保人资料变更

<input type="checkbox"/> 单位名称	<input type="checkbox"/> 地址	<input type="checkbox"/> 邮编	<input type="checkbox"/> 联系人	<input type="checkbox"/> 联系电话	<input type="checkbox"/> 其它_____
<input type="checkbox"/> 投保单位是否为美国企业					投保单位美国纳税人识别号
<input type="checkbox"/> 投保单位是否有美国控制人					姓名_____地址_____
美国控制人纳税人识别号					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

### 被保险人信息更正

<input type="checkbox"/> 姓名	<input type="checkbox"/> First name:	<input type="checkbox"/> Last name:	<input type="checkbox"/> 证件类型	<input type="checkbox"/> 证件号码	<input type="checkbox"/> 出生日期	<input type="checkbox"/> 性别	<input type="checkbox"/> 其它_____
-----------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	----------------------------------

### 减少被保险人

被保险人客户号	被保险人姓名(可另附清单说明, 需加盖单位章)
---------	-------------------------

### 职业类别变更

个人客户号	客户姓名	原职业代码	原职业类别	原职业描述	新职业代码	新职业类别	新职业描述
-------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

### 受益人变更(需被保险人亲笔签名同意)

被保险人客户号	被保险人姓名	受益人姓名	证件号码	受益比例	受益顺序	关系	被保险人签名
---------	--------	-------	------	------	------	----	--------

### 保险合同变更

<input type="checkbox"/> 保单解约	<input type="checkbox"/> 保单契撤	<input type="checkbox"/> 保险合同效力中止	<input type="checkbox"/> 保险合同效力恢复	<input type="checkbox"/> 保险合同效力延期	<input type="checkbox"/> 保险合同复效
-------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

**账户操作**

<input type="checkbox"/> 账户金额转移	<input type="checkbox"/> 账户部分领取	<input type="checkbox"/> 减保选择权	<input type="checkbox"/> 其它_____	
个人客户号	姓名	转入/领取金额	转入公共账户	转入单位交费账户

**年金领取**

<input type="checkbox"/> 离职保险金给付	<input type="checkbox"/> 年金领取年龄变更	<input type="checkbox"/> 年金领取方式变更	<input type="checkbox"/> 保单账户权益归属	<input type="checkbox"/> 归属规则变更
----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

**保单/保单凭证补发**

<input type="checkbox"/> 保单补发	<input type="checkbox"/> 保单凭证补发	投保人声明原保单/原保单凭证作废
-------------------------------	---------------------------------	------------------

**其它变更（请在以下空白处详细描述变更申请事项）**

<input type="checkbox"/> 保单迁移	<input type="checkbox"/> 团单转保留账户	<input type="checkbox"/> 自由格式批改	<input type="checkbox"/> 其它_____
-------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

**受益人授权账户信息变更**

**转账授权声明：授权账户是本人真实姓名开户的个人结算账户，现授权保险公司及开户银行以下事项：**

- 本人保证所提供的账户信息及身份资料真实可靠，因提供非本人账户而导致的纠纷或法律责任，概由本人承担；
- 本人保证授权账户处于可转账状态，因账户挂失、账户冻结、账户余额不足或其他原因导致转账付款不成功而引起的后果，概由本人承担。
- 在任何情况下，若因贵公司给付款项的金额有误而导致账户所有人并非基于法律规定或合同约定的原因收到该误付款项，则授权人同意无条件地及时返还全部误付之款项予贵公司。

<input type="checkbox"/> 个人客户号	<input type="checkbox"/> 户名	<input type="checkbox"/> 银行名称	<input type="checkbox"/> 银行账号
			授权人签名：_____
			授权人签名：_____
			授权人签名：_____

**投保人声明：**

1. 投保人保证所提供的信息资料真实合法有效。投保人已仔细阅知、理解贵公司提示并同意遵守，谨以此申请书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。

2. 本单位同意贵公司为遵循国际税务合作相关规定，在符合 FATCA 法案申报要求时，将本单位投保相关信息报送有关机构。

投保人签章：

申请日期： 年 月 日

保险公司填写	保全受理机构：	保全受理章
受理意见：	受理人员签章：	
	受理日期：	

经办：

复核：

审批：

日期：

日期：

日期：