

团体保险合同变更申请书

投保人：_____ 保单号码：_____

填写说明：请仔细阅读申请书及背面的客户提示，在所选择保全项目前的口内打√，并在横线中用黑色钢笔或签字笔清晰准确的填写所需要办理的内容。

1、 <input type="checkbox"/> 减少被保险人	减少被保险人_____人（请同时附被保险人清单）
2、 <input type="checkbox"/> 增加被保险人	增加被保险人_____人（请同时附被保险人清单）
3、 <input type="checkbox"/> 投保单位信息变更	联系地址变更： 变更后的联系地址_____。 邮编_____。
	联系人变更： 变更后的联系人_____ 联系电话_____。 E-mail_____。
	授权电子邮箱变更：变更后的授权电子邮箱_____。
	开通星福利账户： <input type="checkbox"/> 声明： 本次申请开通星福利账户将开通此保单的统一社会信用代码名下所有有效保单的星福利平台操作权限。
4、 <input type="checkbox"/> 投保单位变更	更换原因_____。 变更后的投保单位名称_____。
	变更后的联系地址_____。 邮编_____。
	变更后的联系人_____ 联系电话_____。 E-mail_____。
5、 <input type="checkbox"/> 保险合同补发	申请补发原因： <input type="checkbox"/> 丢失 <input type="checkbox"/> 污损换发 声明： 自新保险合同补发之日起原保险单作废，后续因已作废的原保险合同发生的任何纠纷，与保险公司无关。 保险单补发将收取 10 元工本费。
6、 <input type="checkbox"/> 保险计划变更	保险计划变更的被保险人合计_____人，变更原因_____（请同时附被保险人清单）
7、 <input type="checkbox"/> 退保	退保原因：_____
8、 <input type="checkbox"/> 被保险人个人信息变更	姓名_____ 新联系地址_____。 邮编_____。
	电话（区/号） <input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 办公_____ 手机_____。 E-mail_____。
	其他变更内容_____
9、 <input type="checkbox"/> 被保险人重要信息（年龄/性别/职业）变更	姓名_____ 性别_____ 出生日期_____年_____月_____日
	证件类型 <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他 证件号码□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ 职业类别_____ 职业代码_____
10、 <input type="checkbox"/> 增加保障计划	增加___项保障计划（请同时附福利表）
11、 <input type="checkbox"/> 特别约定变更	<input type="checkbox"/> 变更特别约定 <input type="checkbox"/> 新增特别约定
	新增特别约定_____

	变更第__条特别约定, 修改后的特别约定 _____	
12、 <input type="checkbox"/> 其它		
保险款项收付费信息	收付费方式: <input type="checkbox"/> 银行转账 <input type="checkbox"/> 抵缴收费项目(仅付费可选) <input type="checkbox"/> 授权银行扣款 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	开户银行: _____	
	账户名称: _____	
账号: _____		
*团体健康告知: 如本次保全申请项目中包含“增加被保险人”, 请对新增的被保险人进行以下团体健康告知。若保全申请项目中不含“增加被保险人”, 则无需进行以下团体健康告知。		
本次保全申请增加的被保险人, 若有任一被保险人回答是, 请在“ <input type="checkbox"/> 是”打“ <input checked="" type="checkbox"/> ”并详述; 否则请在“ <input type="checkbox"/> 否”打“ <input checked="" type="checkbox"/> ”。		
1、在被保险人中, 是否有目前尚在病假中或正患病住院? 如“是”, 请告知人数、姓名、疾病名称及简要情况。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
2、是否有身体残疾(包括器官移植)? 如“是”, 请告知人数、姓名、疾病名称及简要情况。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
3、现在或过去是否有患以下疾病: (1) 心血管疾病-包括冠心病、先天性心脏病、心肌梗塞、主动脉瘤。(2) 神经疾病-包括脑卒中、脑动脉瘤、阿尔茨海默病、帕金森病、脊髓空洞症、多发性硬化症。(3) 血液疾病-包括白血病、淋巴瘤、再生障碍性贫血、血小板减少性紫癜、血友病。(4) 肺部疾病-慢性阻塞性肺病、原发性肺动脉高压。(5) 消化疾病-肝硬化、重症肝炎。(6) 自身免疫性疾病-包括系统性红斑狼疮、系统性硬皮病、获得性免疫缺陷综合症(AIDS, 艾滋病)、艾滋相关综合征(ARCS)和其他与 HIV 病毒相关的性传染病或者症状。(7) 其他- 包括所有肿瘤、主要器官衰竭或者移植、囊性纤维化、黑斑息肉病、III度烧伤。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
4、投保女性生育医疗保险的被保险人中是否有正怀孕的女性被保险人? 如“是”, 请详述正在怀孕的人数、所处孕期及上年度是否承保相同保障程度的女性生育保险责任。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
5、是否有外籍人士、常驻中国大陆境外成员或即将赴中国大陆境外工作(1个月以上)人员? 若是, 请告知被保险人姓名及简要情况。如被保险人所赴地区为非洲、战乱国家、疫情发生的国家和地区、自然环境特别恶劣的境内外地区, 请重点说明。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
6、本次保全申请增加的被保险人(如有)在申请的生效日日期至本次保全申请日之间已有身故、残疾、重大疾病、连续住院超过15日或发生其他意外事故的人员? 如“是”, 请详述出险人数、出险事故。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
说明栏: 上述 1-6 项如若回答“是”, 请按照相应要求在本空格处说明(可另附页说明)或填写告知声明书。		
投保人声明: 1、本健康告知书是保险公司同意是否承保的重要证明文件, 所填写的各项内容, 均属真实, 是保险合同的重要组成部分。如有虚假不实或隐瞒, 你公司有权按照《保险法》的规定解除合同并确定是否承担保险责任。 2、本投保人确认本次申请减少的被保险人在保险期间的理赔案件已全数提交保险人进行理赔。 3、本投保人完全同意仅经本投保人书面申请并由你公司经正式程序承保、修改或批注的内容有效。 4、本投保人通过投保时授权的电子邮箱发送本健康告知则视为本投保人的真实表达, 本投保人对此承担法律责任。 特此声明		
投保人/单位联系人签名:	投保人(签章):	
	保全申请日期: 年 月 日	
中介机构:	中介机构代码:	中介机构接收日期: 年 月 日
保险公司业务员:	业务代码:	业务员接收日期: 年 月 日
(以下由运营人员填写)	受理人签名:	受理日期: