

团体人身保险保全变更申请书

(保全核保项目专用)

保单号: _____ 投保单位: _____

《团体人身保险保全变更申请书》填写须知:

1. 请在所要办理的保全项目前□内打✓, 并在横线中用钢笔或签字笔清晰无误的填写内容;
2. 涉及具体被保险人的变更项目, 需提供《团体保全受理清单》;
3. 申请变更以下项目, 请同时填写《团险告知》(见背面);
4. 在办理“保单增加险种”时, 请您仔细阅读全部条款内容, 与本公司销售人员的解释相结合, 确保完全理解条款内容。特别提醒: 凡涉及“责任免除”、“不承担给付保险金责任”、“观察期”、“等待期”、“自付比例”、“免赔额”等内容的条款均属于免除保险人责任的条款, 请您务必注意。

需要核保类	☐ 保障计划添加 <table border="1"> <thead> <tr> <th>等级</th> <th>险种(代码)</th> <th>基本保险金额/份数</th> <th>保费</th> <th>免赔额</th> <th>报销比例</th> <th>人数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	等级	险种(代码)	基本保险金额/份数	保费	免赔额	报销比例	人数	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	等级	险种(代码)	基本保险金额/份数	保费	免赔额	报销比例	人数															
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____															
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____															
☐ 新增险种 <table border="1"> <thead> <tr> <th>险种(代码)</th> <th>基本保险金保额/份数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	险种(代码)	基本保险金保额/份数	_____	_____	_____	_____																
险种(代码)	基本保险金保额/份数																					
_____	_____																					
_____	_____																					
保单新增险种声明: 本单位/人已收到并仔细阅读保险条款, 理解条款中所载内容, 特别是“ 责任免除 ”、“ 不承担给付保险金责任 ”、“ 观察期 ”、“ 等待期 ”、“ 赔付比例 ”、“ 免赔额 ”等免除保险人责任的条款。																						
	☐ 增加保额 ☐ 新增被保险人 ☐ 替换被保险人 ☐ 被保险人重要资料变更(包括年龄\出生日期\性别\身份证号\职业等级) 由原来的 _____ 变更为 _____ (申请“被保险人重要资料变更”无需填写《团体告知》)																					
说明栏																						

注: 如申请项目中内容较多, 请在说明栏中注明或另附清单

投保人或投保单位(签章)	被保险人(签名)	申请日期
经办人(签名)		联系电话:

保险公司受理人: _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日



1.有无被保险人目前正在病假中?								☐ 有 ☐ 无
2.近期一年内有无因患疾病而不能全勤工作或减轻劳动量的被保险人?								☐ 有 ☐ 无
3.现在或过去有无患肿瘤、癫痫、脑震荡、精神病、心脏病、二期高血压、血管硬化、中风、糖尿病、肾病、性病等生殖系统疾病哮喘/肺结核等呼吸系统疾病、胃、肝、胆、肠等消化系统疾病、血液病、艾滋病等病症、智能障碍、身体残障、畸形或机能障碍的被保险人?								☐ 有 ☐ 无
4.过去2年内有无患子宫、乳房、卵巢等生殖系统疾病的女性被保险人?								☐ 有 ☐ 无
5.有无使用镇静安眠剂、迷幻剂、违禁药物、强力胶、毒品，有无酒精中毒、药物中毒的被保险人?								☐ 有 ☐ 无
6.有无从事潜水、滑雪、滑冰、驾驶航空机具、热气球、滑翔、跳水、跳伞、悬崖攀登、蹦极跳、武术、空手道、击剑、马术、狩猎、特技表演及车辆竞赛等危险活动的爱好或行动的被保险人?								☐ 有 ☐ 无
7.是否有出国或正在准备出国的被保险人?								☐ 有 ☐ 无
8.女性被保险人中是否存在已怀孕人员? 其中怀孕6个月 (含) 以上的孕妇_____人。								☐ 有 ☐ 无
9.过去三年内是否发生医药费用支出情况? 如“有”，请在说明栏内详述每一年发生的门诊费用和住院费用。								☐ 有 ☐ 无
10.过去三年内是否有员工死亡或伤残? 如“有”，请在说明栏内详述每一年发生的疾病死亡人数、意外事故死亡人数和意外事故残疾人数。								☐ 有 ☐ 无
11.是否曾被保险公司解除合同或申请投保人身保险或健康保险而未被接受、延期或附加条件承保?								☐ 有 ☐ 无
12.投保单位目前已有的医疗保障: ☐ 社会医疗保险 ☐ 商业医疗保险 ☐ 单位报销医疗费								☐ 有 ☐ 无
说明栏: 若上述告知内容回答“有”，请注明序号并说明具体内容，其中对第1—8项回答“有”，须如实填写个人告知声明书。								
13.是否已购买、正在或准备购买团体人寿保险、人身意外险或健康保险? 若“有”，请填写以下项目								☐ 有 ☐ 无
保险 公司	险种 名称	保险 金额	保险费	投保 人数	理赔 金额	赔付 人次	赔付 比例	投保时间