建信人寿 CCB Life

无忧健康委托管理合同被保障成员变更申请书

合同编号： **委托人：** 第____页

＊异动项目			＊被保障成员		＊身份证号码（外籍人士用护照号）	＊证件有效期	出生日期	开户银行	银行账号	＊保障层级	＊受雇日	＊离职日	受益人	受益人地址	与被保险人关系	＊保费情况（单位：元）	被保障成员签名	备注
加保	变更	退保	姓名	性别												个人健康账户		

填表说明

■加保时：员工或家属欲加保者，请√选加保后详填各栏位资料；员工已生效后再加保家属者，务必填员工姓名；结婚加保配偶请于备注栏填写结婚日期；受益人如未填写默认为法定继承人。

■变更时：请正确填写员工姓名和身份证号码，其余栏位按照变更后的实际内容填写，未填写的栏位视作与初始投保（或最近一次变更）时一致。

■退保时：员工或家属欲退保时，请填员工编号、被保险人姓名及离职日栏位资料，单独退保家属者务必填员工编号。

委托人盖章

申请日期：　　年　　月　　日