

# 团体年金保险（万能型）变更申请书

投保单位:	保险合同编号:
被保险人:	保险证号:

申请变更项目 (请在申请变更项目前□内打勾, 并在相应栏中注明变更后信息)

变更内容	变更后信息		
投保人信息变更	<input type="checkbox"/> 投保单位名称		
	<input type="checkbox"/> 行业类别/单位性质		
	<input type="checkbox"/> 组织机构代码/有效期		
	<input type="checkbox"/> 税务登记证号码/有效期		
	<input type="checkbox"/> 营业执照编号/有效期		
	<input type="checkbox"/> 负责人姓名		
	<input type="checkbox"/> 变更印章		
	<input type="checkbox"/> 地址/邮编/电话/传真		
	<input type="checkbox"/> 开户银行及银行账号	开户银行: _____ 银行账号: _____	
	<input type="checkbox"/> 解除合同	开户银行: _____ 银行账号: _____	
	<input type="checkbox"/> 犹豫期退保	开户银行: _____ 银行账号: _____	
	<input type="checkbox"/> 客户信息授权变更	<input type="checkbox"/> 授权 <input type="checkbox"/> 解除授权	
被保险人变更信息	<input type="checkbox"/> 姓名变更		
	<input type="checkbox"/> 地址/邮编/电话/传真		
	<input type="checkbox"/> 证件号码变更	证件类型: _____ 证件号码: _____	
	<input type="checkbox"/> 年龄性别错误更正	出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	<input type="checkbox"/> 身故受益人变更	姓名: _____ 与被保险人关系: _____ 受益顺序: _____ 受益份额: _____ %	
		姓名: _____ 与被保险人关系: _____ 受益顺序: _____ 受益份额: _____ %	
		姓名: _____ 与被保险人关系: _____ 受益顺序: _____ 受益份额: _____ %	
		姓名: _____ 与被保险人关系: _____ 受益顺序: _____ 受益份额: _____ %	
	<input type="checkbox"/> 开户银行及银行账号	开户银行: _____	1. 账户所有人确认上述授权账户是其本人真实有效的人民币个人结算账户; 2. 账户所有人同意, 以此授权账户作为生存类保险金给付之用; 3. 本授权一旦生效将持续有效直至被终止
		银行账号: _____	
	<input type="checkbox"/> 年金领取年限	变更后: _____ 年	
	<input type="checkbox"/> 年金领取年龄	男 _____ 周岁 女 _____ 周岁	
<input type="checkbox"/> 年金领取开始日	<input type="checkbox"/> 合同生效日对应日 <input type="checkbox"/> 被保险人生日		
<input type="checkbox"/> 年金领取方式	<input type="checkbox"/> 一次性领取		
	<input type="checkbox"/> 分期领取 ( <input type="checkbox"/> 保证 20 年 <input type="checkbox"/> 定期 10 年 <input type="checkbox"/> 定期 15 年 <input type="checkbox"/> 定期 30 年) <input type="checkbox"/> 领取类别 ( <input type="checkbox"/> 年领 <input type="checkbox"/> 月领)		
<input type="checkbox"/> 归属计划变更	变更后计划别: _____		
<input type="checkbox"/> 其他变更			

业务员声明: 该投保单位申请整单解约, 本人已亲见客户, 并与其身份证件原件核对无误, 确认其所提供之身份基本信息完全真实。

业务员签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

投保单位签章: \_\_\_\_\_ 投保单位签章 (变更后新印章): \_\_\_\_\_

被保险人签名: \_\_\_\_\_ 申请日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日