



团体保险被保险人名册

团体保险被保险人变更申请书

(投) 保单号码:

投保单位名称:

第 \_\_\_ 页 共 \_\_\_ 页

异动项目			员工 编号	* 被保险人 (员工与家属)		与员工关系			* 身份证号码 (外籍人士用护照号)	证件有效期	出生日期	* 计划 等级	* 职位或 工作内容	受雇日	离职日	受益人	受益人地址	与被保 险人 关系	被保 险人 签名	* 社保		备注
加保	变更	退保		姓名	性别	本人	配偶	子女												是	否	
填 表 说 明	<p>■ 新件投保时: 填写投保单号码; 无需勾选异动项目, *处为必填项, 受益人如未填写默认为法定继承人。</p> <p>■ 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, 务必填员工编号; 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; 社保情况若未勾选则默认为未参加社保。</p> <p>■ 变更时: 请正确填写员工编号、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。</p> <p>■ 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。</p>													保费结算方式 <input type="checkbox"/> 实时结算 <input type="checkbox"/> 定期结算		投保单位盖章  申请日期:        年    月    日						