



建筑工程人员团体意外伤害保险变更申请书

投保单位:	保险合同编号:
-------	---------

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"/> 开户银行及银行帐号	开户银行: _____ 银行帐号: _____																
	<input type="checkbox"/> 客户信息授权	<input type="checkbox"/> 授权 <input type="checkbox"/> 取消授权																
	<input type="checkbox"/> 涉税信息变更	请填写增值税发票信息登记表																
	<input type="checkbox"/> 解除合同	开户银行: _____ 银行帐号: _____																
	保险合同变更	<input type="checkbox"/> 受益人变更	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;">受益人姓名</td> <td style="width:20%;">A. _____</td> <td style="width:20%;">B. _____</td> <td style="width:20%;">C. _____</td> </tr> <tr> <td>与被保险人的关系</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>住所地址</td> <td colspan="3">_____</td> </tr> <tr> <td>保险金给付方式</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 按填写顺位 <input type="checkbox"/> 按份额:</td> </tr> </table>	受益人姓名	A. _____	B. _____	C. _____	与被保险人的关系	_____	_____	_____	住所地址	_____			保险金给付方式	<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 按填写顺位 <input type="checkbox"/> 按份额:	
受益人姓名		A. _____	B. _____	C. _____														
与被保险人的关系		_____	_____	_____														
住所地址		_____																
保险金给付方式		<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 按填写顺位 <input type="checkbox"/> 按份额:																
<input type="checkbox"/> 保单生效日期变更		变更后责任起始日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日																
<input type="checkbox"/> 保险责任中止	工程停工日: _____ 年 _____ 月 _____ 日																	
<input type="checkbox"/> 保险责任复效	工程重新开工日: _____ 年 _____ 月 _____ 日																	
<input type="checkbox"/> 保险期间延长	保险期间延长至: _____ 年 _____ 月 _____ 日																	
<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