太平洋保险 CPIC

中国太平洋人寿保险股份有限公司
China Pacific Life Insurance Co.,Ltd.

团体人身保险被保险人变更申请清单（年金类）

□被保险人信息变更 □增加被保险人 □凭证领取年龄变更 □凭证领取方式变更 □账户资金转移（□投保人账户资金向被保险人个人账户未归属部分转移；□被保险人个人账户未归属部分资金向投保人账户转移；□投保人账户资金向被保险人账户已归属部分转移；□被保险人个人账户未归属部分资金向已归属部分转移） 变更原因：_____

□账户减保 □凭证内部迁移 □减少被保险人 投保人统一代办□年金给付／□离职保险金给付／□保留账户 单位：元

保险单号码							投保人												申请日期				年 月 日		
序号	个人凭证号	被保险人姓名	被保险人属性	证件类型	证件号码	证件有效期（年／月／日）	国籍	性别	出生日期	出生地	纳税人身份	职业工种	住址	联系电话	投保人账户／公共账户	个人账户		份数	年金领取				金额合计	身故受益人	备注／被保险人签名
																未归属	已归属		领取方式	领取类型	领取日期类型	领取年龄			

本页合计人数： 人 本页合计金额： 元 第 页，共 页

提示：1、本变更申请清单每次仅能选择一项保全变更。2、被保险人属性填写说明：01－主被保险人，02－主被保险人配偶，03－主被保险人子女，04－主被保险人父母。3、纳税人身份填写说明：1－仅为中国税收居民，2－仅为非居民，3－既是中国税收居民又是其他国家（地区）税收居，如填写为 2 或 3，请被保险人提供“个人客户（包括个体工商户及个人独资企业）税收居民身份声明文件”。4、指定责任终期等其他内容请在“备注”栏中注明。5、未指定身故受益人的，该被保险人的法定继承人作为身故受益人。6、减少被保险人仅限保险合同条款中有相关约定的团单。7、被保险人申请凭证领取年龄变更、被保险人信息变更、凭证领取方式变更、已归属账户减保、凭证内部迁移、保留账户的，请被保险人在“被保险人签名”栏亲笔签名，被保险人（未进入领取期）性别年龄误告或凭证领取年龄变更须投保团体签章。8、投保人统一代办的年金给付、离职保险金给付、已归属账户减保、保留账户，请被保险人在“被保险人签名”栏亲笔签名授权。9、涉及批量被保险人个人资金收付的，请填写背面账户信息。10、年金领取填写说明：年金领取日（0－合同生效日对应日，1－被保险人生日，2－每年 1 月 1 日）；年金领取方式（1 为一次性给付，2 为年给付，5 为月给付）；领取类型（301 为一次性年金给付，302 为定额平准型年金，304 为十年固定定额平准型年金，305 为十年固定定额递增型年金，306 为定额递增型年金。）11、已归属账户填写说明：03－已归属单位缴费；04－单位代扣代缴；05－个人单独缴费。11、**若申请变更的保险合同单个被保险人保险费金额人民币 2 万元以上且以现金形式缴纳或 20 万元以上且以转账形式缴纳的，或者申请的退费金额达到 1 万元以上的，根据国家相关法律规定，同时为保证申请人合法权益，请申请人补充填写《客户身份基本信息补充表（非自然人）》**。

投保团体声明与授权：

1、本团体在本变更申请清单中所填的各项内容均属事实，涉及被保险人权益的变更事项均经被保险人或其法定监护人同意。如有隐瞒或日后发现与事实不符，由本团体承担相关责任。

2、如有必要，你公司有权对我方员工进行医疗评估及检查，并作为审核本变更申请清单有关的理赔申请的依据。

3、本变更申请清单的变更事项经你公司批准后生效。需补交费的业务，**如申请批准后 10 个工作日内你公司未收到应交款项，相应申请自动作废**。本次申请如有未获批准的保单， 对应的申请自动作废。

4、本团体统一代办的年金给付、离职保险金给付、已归属账户减保、保留账户，已经被保险人或其法定监护人本人同意并授权，由此引发的一切纠纷皆由本团体负责。

5、未成年被保险人（未满 18 周岁）在 18 周岁前的死亡给付保险金额总和以中国保险监督管理委员会《关于父母为其未成年子女投保以死亡为给付保险金条件人身保险有关问题的通知》【保监发〔2015〕90 号】规定为准。如不满 10 周岁的未成年被保险人的死亡给付保险金额总和超过 20 万元（含在其他保险公司已承保的金额），或已满 10 周岁但未满 18 周岁的未成年被保险人的死亡给付保险金额总和超过 50 万元（含在其他保险公司已承保的金额），则你公司不予承保。

6、补、退费业务款项收付方式：□支票 □转账 □其 他_____，转账账户信息：账户名：_____开户行：_____账号：_____。

7、本团体委托_____先生／女士（有效证件类型 _____证件号码_____）在_____年_____月_____日至_____年_____月_____日期间内在你公司代为办理本变更申请清单中以上变更事宜，并郑重声明由本授权引发的法律纠纷与你公司无关，因此发生的一切纠纷皆由本团体负责。

受托人声明：委托授权书确系委托团体签署。如有不实，受托人愿意承担由此引致的法律责任。

投保人（签章）：_____ **受托人（签名）：**_____ **受托人联系电话：**_____ **日期：**_____ **年** _____ **月**_____**日**

保险公司填写： 受理渠道：□柜面 □团险业务员 □服务人员代办 □其 他_____ 受理人（签名）：_____ 受理日期：_____ 年 _____ 月_____日 查验人（签名）：_____

处理意见：□缴纳 □退还 金额：￥_____元

保全处理人（签名）：_____ 日期：_____ 年 _____ 月_____日 核保处理人（签名）：_____ 日期：_____ 年 _____ 月_____日

团险业务员姓名： 团险业务员工号： 团险业务员联系电话：

太平洋保险 CPIC

中国太平洋人寿保险股份有限公司
China Pacific Life Insurance Co.,Ltd.

□身故受益人变更　□被保险人单次转账领款授权　□被保险人长期转账领款授权

保险单号码		投保人		申请日期	年　月　日

序号	个人凭证号	姓名	被保险人身份证号	转账账户信息			身故受益人													备注／被保险人签名
				户名	开户银行	账号	是否法定	姓名	性别	国籍	职业	常住地址	证件类型	证件号码	证件有效期（年／月／日）	联系电话	与被保险人关系	受益比例	受益顺序	

本页合计人数：　　人　　第　页，共　页

提示：1、本变更申请清单每次仅能选择一项保全变更。2、投保团体指定身故受益人且身故受益人非被保险人直系亲属（父母、配偶、子女）的，或转账账户授权的，请被保险人在“被保险人签名”栏亲笔签名。3、被保险人申请身故受益人变更的，请被保险人在“被保险人签名”栏亲笔签名。4、“被保险人长期转账领款授权”仅限投保人统一代办年金给付时填写。

投保团体声明与授权：

1、本团体在本变更申请清单中所填的各项内容均属事实，均经被保险人或其法定监护人同意。如有隐瞒或日后发现与事实不符，由本团体承担相关责任。

2、本申请书的变更事项经你公司批准后生效。本次申请如有未获批准的保单，对应的申请自动作废。

3、被保险人或其法定监护人均同意授权你公司使用本申请书指定的银行结算账户用于本申请书所列保单款项的转账领款。选择“长期转账领款授权”的，被保险人或其法定监护人均同意授权你公司使用本申请书指定的银行结算账户用于本申请书所列个人保险凭证项下的年金长期转账领款。你公司有权决定相关账户是否可作为授权账户，并经被授权银行审核确认账户信息正确后生效。

4、本团体委托_____先生／女士（有效证件类型_____证件号码_____）在_____年_____月_____日至_____年_____月_____日期间内在你公司代为办理本申请清单中以上变更事宜，并郑重声明由本授权引发的法律纠纷与你公司无关，因此发生的一切纠纷皆由本团体负责。

受托人声明：委托授权书确系委托团体签署。如有不实，受托人愿意承担由此引致的法律责任。

投保人（盖章）：_____　**受托人（签名）：**_____　**受托人联系电话：**_____　**日期：**_____年_____月_____日

保险公司填写：　受理渠道：□柜面　□团险业务员　□服务人员代办　□其　他_____　受理人（签名）：_____　受理日期：_____年_____月_____日

处理意见：

保全处理人（签名）：_____　日期：_____年_____月_____日　保全复核人（签名）：_____　日期：_____年_____月_____日

团险业务员姓名：　　团险业务员工号：　　团险业务员联系电话：