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（普通类其它变更版）

□被保险人信息变更 □增加／减少份数 □凭证层级／组别变更 □新增层级／组别 □个人保额变更 变更原因：_____

□凭证补发／换发 □被保险人职业变更 □被保险人性别年龄误告 单位：元

保险单号码						投保人										申请日期				年 月 日	
险种 1						险种 2										险种 3					
序号	个人凭证号	层级／组别	被保险人姓名	被保险人属性	被保险人证件类型	被保险人证件号码	证件有效期（年／月／日）	性别	出生日期（提供非身份证必填）	国籍	出生地	纳税人身份	地址	职业工种	个人保额	险种 1		险种 2		险种 3		变更日期	备注／被保险人签名
																份数／保额	保费	份数／保额	保费	份数／保额	保费		

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、增加／减少份数、凭证层级／组别变更、新增层级、个人保额变更仅限本公司批准的保险产品。3、申请变更的项目涉及主险的，主险填写在“险种1”栏。4、被保险人职业变更仅限本公司批准的保险产品。5、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。6、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”。7、**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、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。

5、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：_____。

6、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

保险单号码					投保人									申请日期	年 月 日			
序号	个人凭证号	被保险人属性	被保险人姓名	被保险人证件号码	性别	身故受益人												备注／被保险人签名
						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、投保团体指定身故受益人的，身故受益人非被保险人直系亲属（父母、配偶、子女）的，请被保险人在“被保险人签名”栏亲笔签名。2、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。3、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。

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、本变更申请清单中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、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（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

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：