

团体保全业务申请书



PA051

投保单位名称: _____

保单号码: _____

保单生效日期: _____

组织机构代码: _____

单位法定代表人/负责人姓名: _____

证件类型: _____

证件号码: _____

证件有效期: _____

(退费类项目、投保单位委托代办项目请务必填写组织机构代码、单位法定代表人/负责人姓名及其证件类型、证件号码、证件有效期)

公司提示:

- 1、请使用钢笔或签字笔在申请项目的“□”及“○”内打“√”，并填写相关内容，未作变更内容不必填写。
- 2、为维护您的权益，请勿在未经填写的空白申请书上加盖公章或签名。

请将变更内容填入下表

<input type="checkbox"/> 投保单位资料变更	投保单位名称	
	联系地址	
	法定代表人信息	
	单位负责人信息	
	单位类型	行业类别
	单位联系人	联系电话
	员工总人数	组织机构代码
	营业执照号码	税务登记证号码
<input type="checkbox"/> 增加被保险人	自申请日起增加被保险人，共 _____ 人，被保险人明细详见所附清单。 声明：我单位已知悉加人须经贵公司审核同意并缴纳保费后方可生效。	
<input type="checkbox"/> 减少被保险人	自申请日起减少被保险人，共 _____ 人，被保险人明细详见所附清单。 声明：我单位已知悉减人须经贵公司审核同意，减人后参保人数应符合贵公司的规定。	
<input type="checkbox"/> 换人	更换被保险人，共 _____ 人，被保险人明细详见所附清单。 声明：我单位已通知本次被更换被保险人的保险责任自更换被保险人的批单生效时即终止，本次被更换的被保险人均未发生保险事故。若更换被保险人后发现本次被更换的被保险人已发生保险事故或尚有需赔付的保险金，我单位将与被保险人自行协商解决，由此产生纠纷与贵公司无关。	
<input type="checkbox"/> 投保人解除合同	自申请之日起解除本合同的效力。退保原因: _____。 声明：我单位声明，本合同项下所有被保险人已知悉退保事宜。	
<input type="checkbox"/> 续期交费	缴费来源：○ 新增缴费 ○ 公共账户抵交 ○ 其他 _____ 缴费类型：○ 首年度续期 ○ 续年度续期 ○ 不定期缴费 本次交费被保险人共 _____ 人，交费总金额: _____，详细变更内容见所附清单。	
<input type="checkbox"/> 补发保单	由于 _____ 原因申请补发。今后办理该合同项下之保险事宜皆以最新保单为凭，原有保单作废。	
<input type="checkbox"/> 被保险人资料变更★	详细变更内容见所附清单。	
<input type="checkbox"/> 身故受益人变更★	详细变更内容见所附清单。	
<input type="checkbox"/> 其他变更	内容描述:	



