

团体保全业务申请书

保全受理号: _____



PA051



* 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 *

投保人: _____

保单号码: _____

公司提示:

1. 请使用钢笔或签字笔在申请项目的“□”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/登记内容填入下表

<input type="checkbox"/> 投保人资料变更/ 登记	<input type="checkbox"/> 投保人名称				
	<input type="checkbox"/> 经营范围				
	<input type="checkbox"/> 注册地址				
	<input type="checkbox"/> 联系地址				
	<input type="checkbox"/> 机构身份证件类型	<input type="checkbox"/> 社会信用代码证书	<input type="checkbox"/> 组织机构代码证书	统一社会 信用代码	
		<input type="checkbox"/> 营业执照	<input type="checkbox"/> 事业单位法人证书		
	<input type="checkbox"/> 社会团体法人证书	<input type="checkbox"/> 基金会法人登记证书		证件号码	
		<input type="checkbox"/> 民办非企业单位登记证书			
	<input type="checkbox"/> 工商注册证	其他证件名称 _____		证件号码	
	<input type="checkbox"/> 机构身份证件有效期	至 _____			
<input type="checkbox"/> 法定代表人信息	姓名 _____	<input type="checkbox"/> 证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证	其他 _____	
	证件号码 _____	<input type="checkbox"/> 证件有效期	至 _____	<input type="checkbox"/> 长期	
<input type="checkbox"/> 负责人信息	姓名 _____	<input type="checkbox"/> 证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证	其他 _____	
	证件号码 _____	<input type="checkbox"/> 证件有效期	至 _____	<input type="checkbox"/> 长期	
<input type="checkbox"/> 授权经办人信息	姓名 _____	<input type="checkbox"/> 证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证	其他 _____	
	证件号码 _____	<input type="checkbox"/> 证件有效期	至 _____	<input type="checkbox"/> 长期	
<input type="checkbox"/> 受益所有人信息	姓名 _____	<input type="checkbox"/> 证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证	其他 _____	
	证件号码 _____	<input type="checkbox"/> 证件有效期	至 _____	<input type="checkbox"/> 长期	
	地址 _____				
	判定方式	<input type="checkbox"/> 股权或表决权	<input type="checkbox"/> 人事、财务控制	<input type="checkbox"/> 持股或表 决权占比	
<input type="checkbox"/> 高级管理人员	<input type="checkbox"/> 其他				
<input type="checkbox"/> 其他信息					
注: 1. 按照规定需重新识别客户的, 请在上方表格登记投保人信息, 如本次登记信息与之前提供信息 不一致的, 请在本次变更信息前的□内打√。2. 受益所有人较多时, 请另附表格填写。					
<input type="checkbox"/> 增加被保险人	申请人数合计: _____人, 被保险人明细详见所附清单。				
<input type="checkbox"/> 减少被保险人	申请人数合计: _____人, 被保险人明细详见所附清单。				
<input type="checkbox"/> 短期险加减人	申请增加被保险人: _____人, 减少被保险人: _____人, 被保险人明细详见所附清单。				
<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: _____				
<input type="checkbox"/> 保全定期结算	结算周期: <input type="checkbox"/> 月结算 <input type="checkbox"/> 季度结算 <input type="checkbox"/> 半年结算 <input type="checkbox"/> 年结算; 累计欠费金额 _____元				
	户名: _____ 开户银行: _____ 银行账号: _____				
	开户行所在区域 _____ 省 _____ 市, 是否为对公户: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
	本公司同意授权此账户为定期结算收款账户, 若账户变更将及时通知保险公司。				
<input type="checkbox"/> 不定期交费	公共账户: 交费金额 _____元;				
	个人账户: 单位交费 交费金额 _____元; 单位代扣代交 交费金额 _____元 个人直接交费 交费金额 _____元; 详细变更内容见所附清单。				
<input type="checkbox"/> 补发保单	由于 <input type="checkbox"/> 保单遗失 <input type="checkbox"/> 保单污损 <input type="checkbox"/> 其他原因 _____, 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"/> 线上保全服务开通	<input type="checkbox"/> 开通心圆福保全 <input type="checkbox"/> 开通邮件保全服务
<input type="checkbox"/> 被保险人信息/领取信息/受益人变更★	<input type="checkbox"/> 被保险人保险计划变更 <input type="checkbox"/> 被保险人职业信息变更 <input type="checkbox"/> 被保险人重要信息变更 <input type="checkbox"/> 被保险人基本信息变更 <input type="checkbox"/> 领取信息变更 <input type="checkbox"/> 受益人变更 详细变更内容见所附清单。
<input type="checkbox"/> 建工险责任中止/恢复	责任中止日期: _____年_____月_____日24时 责任恢复日期: _____年_____月_____日0时
<input type="checkbox"/> 建工险保险期间延期	延期后保险责任终止日期为_____年_____月_____日24时
<input type="checkbox"/> 公共账户转移	<input type="checkbox"/> 个人账户转入 <input type="checkbox"/> 个人账户转出 详细变更内容见所附清单。
<input type="checkbox"/> 减保	减保原因_____ <input type="checkbox"/> 个人账户减保★, 金额: _____元, 详细变更内容见所附清单。 <input type="checkbox"/> 公共账户减保, 金额: _____元
<input type="checkbox"/> 其他变更	内容描述:

对于可能出现收付费的保全项目, 选择收付费方式为: 对公 对私

1. 转账支票 银行代付(制返盘) 网上银行(非制返盘) 内部转账 客户余额 现金 现金送款簿
其他_____

2. 户名: _____ 开户银行: _____ 银行账号: _____

注: 请先勾选“对公”或“对私”, 再勾选具体收付费方式, 填写户名及银行信息(如需要)。

授权委托书:

委托人_____全权委托受托人_____ (受托人证件类型: _____)
受托人证件号码: _____ 在_____年_____月_____日至_____年_____月_____日间代表委
托人办理本申请书载明之保全事宜。并郑重声明凡本授权委托书引发的法律纠纷与贵公司无关。

委托人签名(盖章): _____ 受托人签名: _____

联系电话: _____ 联系电话: _____

委托日期: _____ 委托日期: _____

投保人声明:

1. 我单位陈述并承诺, 为满足参保人员参与贵公司团体保险的需要, 我单位已将贵公司的《新华人寿保险股份有限公司个人信息保护政策(线下投保适用)》(“《隐私政策》”)全文发送至每位被保险人(或其监护人)。上述参保人员均已仔细阅读并理解该《隐私政策》, 并已同意我单位向贵司提供其参与贵公司团体保险所需的相关个人信息, 并同意贵司按照《隐私政策》的规定处理其个人信息, 用于实现《隐私政策》中所述的目的。特别地, 上述参保人已单独同意贵公司按照《隐私政策》的规定①处理《隐私政策》中以加粗方式标注的敏感个人信息; ②将个人信息提供给第三方; ③为隐私政策所述目的处理个人图像、身份识别信息; ④向境外提供个人信息; ⑤根据参保人的明确同意或根据法律法规、法律程序、强制性的行政或司法要求和/或上级主管部门的要求公开个人信息。我单位进一步承诺, 如贵公司要求, 我单位将按贵公司要求向贵公司提供上述参保人就上述事项做出同意及单独同意的证明材料。

2. 投保人向贵司提出以上变更申请, 本申请书经贵司审核同意(如为补费事项还需交费), 保险合同变更生效后, 作为原保险合同组成部分, 变更结果以贵司出具的批单为准。

3. 上述涉及保险权益变化事项已通知所有相关被保险人, 并征得被保险人的同意。

投保人盖章/签名: _____ 申请日期: _____

授权经办人签名: _____ 签名日期: _____

被保险人/受益人声明(适用于★标注项目, 参照保全业务规则执行):

本人向贵公司提出以上变更申请, 本申请书经贵公司审核同意, 保险合同变更生效后, 作为原保险合同的组成部分, 变更结果以贵司出具的批单为准。

申请人签名: _____ 联系电话: _____ 申请日期: _____

以下为保险公司人员填写

保全受理人签名: _____ 受理意见: _____ 受理日期: _____

经办业务员签名: _____ 业务员代码: _____ 联系电话: _____

