

团险保单服务申请书

保单号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

投保单位 _____

提示：
 ① 为维护您的权益，请勿在未经您填写的空白保险合同服务申请书上签名。签名前请再次仔细核对填写内容，本申请书不得涂改。
 ② 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。
 ③ 本申请书须投保单位加盖公章方生效。

投保单位资料变更		注：变更投保单位名称或更换投保人的，请出示工商行政管理部门或主管部门出具的有效文件。						
<input type="checkbox"/> 变更单位资料	投保团体名称				联系电话			
	投保单位地址				邮政编码			
	联系人姓名		联系电话		传真		电子邮箱	
	行业性质		行业编码		企业类型		企业类型编码	
	员工总人数		在职人数		退休人数		其它人员人数	
保单资料变更		注：变更涉及多个被保人的，请同时使用附件《被保人变更清单》，且两份申请材料签署时间必须一致。						
<input type="checkbox"/> 增加被保人	自申请日起增加被保人，共_____人，被保人明细详见清单。 本单位已知悉增加被保人须经贵公司审核同意并缴纳保费后方可生效。 特别约定：_____							
<input type="checkbox"/> 减少被保人	自申请日起减少被保人，共_____人，被保人明细详见清单。 本单位已知悉减少被保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"/> 被保人资料变更	申请变更被保人的姓名、性别、生日、职业、证件类型、证件号码等资料，详细变更内容见所附清单。							
<input type="checkbox"/> 理赔金账户变更	<input type="checkbox"/> 团体理赔金账户信息变更	理赔金开户银行		户名		账号		
	<input type="checkbox"/> 个人理赔金账户信息变更	详细变更内容见所附清单。						
<input type="checkbox"/> 变更结算频次	○月度 ○季度 ○半年度 ○随时 ○其它：_____ 本单位将及时办理结算手续，若本单位不履行结算义务，贵公司有权中止保单效力，保留追偿保费的权利，并不承担保单中止日起的所有保险责任。若本单位累计欠费超过贵公司规定时，贵公司有权提前结算，并保留追偿保费的权利。若贵公司不履行结算义务，本单位有权中止保单效力，并要求贵公司偿还保费。							
<input type="checkbox"/> 变更服务频次	○月度 ○季度 ○半年度 ○随时 ○其它：_____							
<input type="checkbox"/> 犹豫期撤保	自申请之日起撤销本合同，合同效力自始无效。撤保原因：_____							
<input type="checkbox"/> 解约	自申请之日起解除本合同的效力。退保原因：_____							
特需医疗事项变更								
<input type="checkbox"/> 追加保费	<input type="checkbox"/> 团体医疗账户共_____元。 <input type="checkbox"/> 个人医疗账户共_____元（共_____人），详见附件清单。							
<input type="checkbox"/> 部分领取	提前领取 <input type="checkbox"/> 团体 <input type="checkbox"/> 个人帐户余额共_____元。注：提前领取部分视为退保，本公司将扣除解约管理费。							
<input type="checkbox"/> 团体账户资金分配	自团体账户分配金额共_____元至个人账户，分配情况详见附件清单。							
其他服务								
<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合同文本为凭，原有合同文本作废。							
<input type="checkbox"/> 保单迁移	迁移后城市_____		联系地址_____			邮编_____		
<input type="checkbox"/> 其他变更	内容描述：_____							

投保人/被保险人声明：

本单位向中国人民健康保险股份有限公司提出以上变更申请，本申请书经贵公司批注同意后，作为原保险合同的组成部分，变更结果以贵公司出具的批注为准。

本申请书附件共_____张。

办理可能有收退费的保单服务，请选择收付款方式：○现金支票 ○转账支票 ○银行汇款 ○使用保费余额账户

联系人签名（单位盖章）_____ 代办业务员签名_____（所属部门_____） 签署时间_____

以下为本公司操作人员填写

受理人：_____	受理时间：_____	受理意见：_____
-----------	------------	------------