

平安健康保险股份有限公司

PING AN HEALTH INSURANCE COMPANY OF CHINA,LTD.

团体人身保险契约变更申请书

A. 基本申请信息

保单号		投保单位全称	
-----	--	--------	--

B. 申请项目

* <input type="checkbox"/> 增加被保险人	请另附人员清单，并按要求提供健康告知材料。		
	H201 产品填写	<input type="checkbox"/> 加人基本保费以公共账户抵付	
<input type="checkbox"/> 减少被保险人	请另附人员清单，退保生效日期追溯超过约定天数的，请额外提供说明材料。		
	H201 产品填写	<input type="checkbox"/> 退费转入公共医疗账户	
<input type="checkbox"/> 整单退保	投保人声明：投保人已知晓自退保申请之日起相关保险责任终止并已经告知所有相应被保险人，因投保人未如实履行本声明而产生的相关责任由投保人承担。		
<input type="checkbox"/> 犹豫期退保			
* <input type="checkbox"/> 保障计划变更	请另附人员清单及补充协议（若有），并按要求提供健康告知材料。		
<input type="checkbox"/> 续期交费	费用以当前有效被保险人期交费合计计算下期保费，实际以缴费通知为准。		
	H201 产品填写	交费选项： <input type="checkbox"/> 续期保费以公共账户抵付。	
<input type="checkbox"/> H201 产品医疗账户管理	账户交费	<input type="checkbox"/> 公共账户交费金额：（ ） <input type="checkbox"/> 个人账户交费，请另附人员清单。 交费选项： <input type="checkbox"/> 个人账户交费以公共账户抵付。	
	账户领取	<input type="checkbox"/> 公共账户领取金额：（ ） <input type="checkbox"/> 个人账户领取，请另附人员清单。	
	满期领取时免除退保费用。		
* <input type="checkbox"/> 投保单位（信息）变更	单位地址信息		
	邮编		联系人
	E-Mail		联系电话
	新投保单位名称		
	变更原因	<input type="checkbox"/> 企业更名 <input type="checkbox"/> 更换投保单位 <input type="checkbox"/> 其他（ ）	
	证件类型	<input type="checkbox"/> 营业执照 <input type="checkbox"/> 组织机构代码证 <input type="checkbox"/> 税务登记证	
	证件号		
* <input type="checkbox"/> 被保人信息变更	请另附人员清单。		
<input type="checkbox"/> 受益人变更	请另附人员清单。 投保人指定身故受益人时须经被保险人同意。投保人为与其有劳动关系的劳动者投		

