



## 团体人身保险保全作业申请书

保单号 / 个人保险凭证号：\_\_\_\_\_ 投保单位名称 / 被保险人姓名：\_\_\_\_\_

### 申请书填写须知

- 请在所选择保全项目前的□内打√，并在横线中用黑色或蓝黑色钢笔或签字笔清晰准确地填写所需要办理的内容，同时根据申请内容提供相应文件，详见背面《应备资料一览表》；申请书及清单内容不允许涂改，若发生涂改本申请无效。
- 长城人寿保险股份有限公司（以下简称“本公司”）就投保人和被保险人的有关情况提出询问，投保人和被保险人应当如实告知。如果投保人或被保险人故意或因重大过失未履行如实告知义务，足以影响本公司决定是否同意承担或者提高保险费率的，本公司有权解除本合同或取消该被保险人保险资格。所有告知事项以书面告知为准，口头告知无效。带\*类项目须填写背面《投保单位团体告知声明书》。
- 如果您申请的项目涉及收付费，则提供的银行账户所有人须为申请资格人的结算账户，并自愿授权本公司使用您指定的银行结算账户进行各类保险款项的收付费的转账处理。如果您提供的授权账户错误、账户注销、账户内余额不足或不符合本公司对授权转账账户的要求而导致的收付费不成功，本公司不承担由此引起的责任。
- 您所申请的变更项目，经本公司审核同意后生效，生效日期以批单、批改清单所载日期为准。

1. <input type="checkbox"/> 减少被保险人	减少被保险人_____人（须同时附被保险人清单）
2.* <input type="checkbox"/> 增加被保险人	增加被保险人_____人（须同时附被保险人清单）
3.* <input type="checkbox"/> 更换被保险人	更换被保险人_____人（须同时附被保险人清单）
4. <input type="checkbox"/> 变更理赔账号	有被保险人_____人申请变更账号（须同时附被保险人清单）
5. <input type="checkbox"/> 保障层级增减	须附增减层级明细
6. <input type="checkbox"/> 保障变更	保障变更被保险人_____人（须同时附被保险人清单）
7. <input type="checkbox"/> 归属档次变更	归属档次变更被保险人_____人（须同时附被保险人清单）
8. <input type="checkbox"/> 更换投保人 <input type="checkbox"/> 变更投保单位资料	更换原因 更改后信息： 新投保单位全称_____ 行业类别_____ 主营业务_____ 员工总数_____ 单位地址_____ 邮政编码_____ 单位性质： <input type="checkbox"/> 国有 <input type="checkbox"/> 集体 <input type="checkbox"/> 民营 <input type="checkbox"/> 股份制 <input type="checkbox"/> 政府机构 <input type="checkbox"/> 事业单位 <input type="checkbox"/> 社会团体 <input type="checkbox"/> 其他 组织机构代码_____ 营业执照_____ 税务登记证_____ 统一社会信用代码_____ 其他证件类型_____ 证件号码_____ 法人_____ 联系电话_____ Email_____ 联系人_____ 联系电话_____ Email_____
9. <input type="checkbox"/> 追加保险费	申请合计人数_____ 交费总金额¥_____元 其中：公共账户交费金额：¥_____元 管理费比例_____％ 个人账户单位交费金额：¥_____元 管理费比例_____％ 个人账户个人交费金额：¥_____元 管理费比例_____％（个人账户须附明细清单）
10. <input type="checkbox"/> 保险单犹豫期退保 <input type="checkbox"/> 保险单退保	原因： <input type="checkbox"/> 业务员告知不实 <input type="checkbox"/> 险种不满意 <input type="checkbox"/> 服务不满意 <input type="checkbox"/> 理赔不满意 <input type="checkbox"/> 经济原因 <input type="checkbox"/> 政策原因 <input type="checkbox"/> 其他_____
11. 变更被保险人资料 <input type="checkbox"/> 年龄 <input type="checkbox"/> 性别 <input type="checkbox"/> 其他资料	变更前_____ 变更后_____ （如涉及多名被保险人变更资料须同时附明细清单）
14. <input type="checkbox"/> 离职保险金给付	被保险人姓名_____ 性别_____ 出生日期_____ 证件类型_____ 证件号码_____ 入职日期_____ 离职日期_____ 归属计划代码_____
15. <input type="checkbox"/> 其他_____	

### 收付费方式

若您申请办理的保全项目涉及财务收付费，请填写收付费方式：

现金  转账支票  银行转账 开户行名称\_\_\_\_\_ 户名\_\_\_\_\_ 账号\_\_\_\_\_

投保人（签章）	被保险人（或监护人）签名_____
经办人_____	证件类型_____ 证件号码_____
联系电话_____ 申请日期_____	联系电话_____ 申请日期_____

申请方式：1  亲办 2  委托服务人员代办 3  委托他人代办 4  其他

若委托服务人员或他人代办请填写以下内容：  
 \_\_\_\_\_ 全权委托 \_\_\_\_\_ (证件类型 \_\_\_\_\_ 证件号 \_\_\_\_\_)  
 证件有效期至 \_\_\_\_\_ ) 办理以上指定申请事项，授权有效期限从 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日至 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日。  
 (申请资格人为投保人时，若授权非经办人办理，须加盖投保单位公章)  
 投保人 (签章) \_\_\_\_\_

**投保单位团体告知声明书** (若有任一被保险人存在下述各项中的任一情况，请在“有”打“√”，否则请在“无”打“√”)

被保险人健康告知	1. 有无被保险人目前尚在病假中?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	2. 近一年内有因患病而不能全勤工作或减轻劳动量的被保险人?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	3. 现在或者过去有无患肿瘤、心肌梗塞、白血病、肝硬化、中慢性肾功能衰竭、再生障碍性贫血、先天性或遗传性疾病、帕金森氏病、精神病、癫痫病、法定传染病、艾滋病等病症的被保险人?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	4. 有无身体残疾的被保险人?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无

对于上述选择“有”的项目请于下栏中详细说明或提供该被保险人的个人告知声明书。  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

受理意见 _____	主管审核意见: _____
受理人员 _____ 受理日期 _____	审核人员 _____ 审核日期 _____

**应备资料一览表**

序号	保全项目	申请资格人	是否允许代办	应备材料	应备材料对照表
1	增加被保险人	投保人	是	2、3、4	1. 保险单 2. 保全作业申请书 (应有投保单位公章及经办人签名) 3. 保全申请经办人有效身份证件原件 4. 团险被保险人清单 (须加盖投保单位公章) 5. 个人保险凭证 (无凭证险种除外) 6. 被保险人离职证明 7. 被保险人有效身份证件 (原件) 8. 投保单位出具同意给付离职金证明 9. 被保险人姓名为户名的银行结算存折 / 卡 (复印件) 10. 《团体保障层级增减确认表》 (须加盖投保单位公章) 11. 被保险人保障变更清单 (须加盖投保单位公章) 12. 缴费凭证、发票 (未打印发票除外) 13. 受益人有效身份证件 (原件) 14. 足以证明被保险人真实生日、性别的身份证件或户口所在地公安机关出具的证明文件 注: 仅北京地区办理医疗险增加 / 减少被保险人需要提供《基本医疗保险参保人员增加 / 减少表》 (复印件)。 退保 / 减保金额在 1 万元以上的 (含), 还需提供: 企业三证 (组织机构代码证、税务登记证、营业执照) 或一证 (统一社会信用代码证) 以及法人、负责人、经办人有效身份证件。
2	减少被保险人	投保人	是	2、3、4、5	
3	更换被保险人	投保人	是	2、3、4、5	
4	离职保险金给付	被保险人	是	2、5、6、7、8、9	
5	追加保险费	投保人	是	2、3、4、5	
6	退保	投保人	是	1、2、3、5	
7	公共账户减保	投保人	是	1、2、3	
8	保障层级增减	投保人	是	1、2、3、10	
9	保障变更	投保人	是	1、2、3、11	
10	犹豫期退保	投保人	是	1、2、3、5、12	
11	变更理赔账号	投保人	是	2、3、4	
		被保险人	是	2、5、7、9	
12	被保险人年龄性别变更	投保人	是	2、3、4、5、14	
		被保险人	是	2、5、7、14	