



**信诚人寿保险有限公司**  
**团体保险合同变更通知书**

保单号码:	<b>G</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>5</b>
预约生效日:	<b>24时</b> 须为受理日之后, 空白视为受理日												

投保单位: **广州市浩瀚餐饮管理有限公司**

变更事项	变更内容	填写说明
01. <input checked="" type="checkbox"/> 增减被保险人	<input checked="" type="checkbox"/> 增加被保险人 共 <u>5</u> 人, <input checked="" type="checkbox"/> 减少被保险人 共 <u>5</u> 人, 申请原因 <input checked="" type="checkbox"/> 离职 <input type="checkbox"/> 其他	◇ 若需办理 01-04 项变更事项, 请另填写《团体保险投保人员名册(A、B款)》;
02. <input checked="" type="checkbox"/> 被保险人信息变更	<input checked="" type="checkbox"/> 个人信息变更 <input checked="" type="checkbox"/> 职业变更	
03. <input checked="" type="checkbox"/> 受益人变更	请另填写《团险保险投保人员名册(B款)》	◇ 预约生效日非为最终确定之生效日, 最终确定的生效日须由我司核保认定;
04. <input checked="" type="checkbox"/> 保险计划变更	<input checked="" type="checkbox"/> 新增保险计划 <input type="checkbox"/> 减少保险计划 险种名称: <b>信诚团体意外伤害保险</b> 保额/单位: <b>100000 元</b> 险种名称: <b>信诚附加团体意外伤害医疗保险</b> 保额/单位: <b>1000 元/次</b> 险种名称: <b>信诚附加意外住院津贴团体医疗保险</b> 保额/单位: <b>3 份</b>	◇ 保单补发 40 元/份;
05. <input checked="" type="checkbox"/> 被保险人转移计划	请在名册中说明被保险人转入的保险计划序号	◇ 变更投保单位名称, 连带印鉴也须变更; 投保单位印鉴变更, 请盖上新旧印鉴;
06. <input checked="" type="checkbox"/> 投保单位信息变更	<input checked="" type="checkbox"/> 投保单位名称: <b>广州市浩然餐饮管理有限公司</b>	◇ 被保险人需转入的计划为新计划, 请同时申请办理新增保险计划。
	<input checked="" type="checkbox"/> 通讯地址: <u>广东</u> 省/直辖市 <u>广州</u> 市 <u>越秀</u> 区/县 <u>西湖路 5 号</u>	
	<input checked="" type="checkbox"/> 邮政编码: <b>510230</b>	
	<input checked="" type="checkbox"/> 联系人: <b>张三</b> <input checked="" type="checkbox"/> 电话: <b>18902231578</b>	<b>投保单位声明</b>
07. <input checked="" type="checkbox"/> 投保单位印鉴变更	投保单位旧印鉴: 投保单位新印鉴:  	◆ 本单位就投保团体保险事宜已向新增被保险人进行了告知, 新增的被保险人同意以本单位作为投保人向贵公司投保团体保险。
08. <input checked="" type="checkbox"/> 补发保险单证	<input checked="" type="checkbox"/> 补发保险单 <input checked="" type="checkbox"/> 补发保险卡: 分单号 <u>01792330</u>	◆ 本单位已向退保的被保险人说明退保事宜并确认均已知悉。
09. <input checked="" type="checkbox"/> 退还保单账户余额	金额: <b>103 元</b>	
10. <input checked="" type="checkbox"/> 其它变更	申请撤销 2012-12-25 的保全申请, 自始不生效。	

**保险款项付款方式:** (如未勾选, 则默认为支票方式)

<input checked="" type="checkbox"/> 银行转账: 注 明: ◆ 授权银行账户须为投保单位投保时支付保险费的账户;	本单位同意并授权信诚人寿保险有限公司及下列银行以银行自动转账方式将退费转至以下账户: 账户名称: <u>广州市浩瀚餐饮管理有限公司</u> 开户银行: <u>中国工商</u> 银行 <u>广州</u> 分行 <u>越秀</u> 支行 银行账号: <u>1234567890</u>
<input type="checkbox"/> 支票	

若此次保全需退费, 请选择:  退费款项直接退至投保单位  退费款项退入保单余额账户  
若此次保全需缴费, 请选择:  投保单位直接缴交全额保费  保单余额账户金额缴交全额保费  
**为维护贵单位的权益, 盖章前, 请再次核对您所填写的资料。**

服务人员姓名/代码: 张小明 / 60000012

投保单位签章: 单位公章

服务人员联系电话: 13925571888

签章日期: 2012 年 12 月 28 日