



## 团体保全账户变更申请书

保险合同号码: \_\_\_\_\_ 投保单位名称: \_\_\_\_\_  
申请方式: 委托保险公司服务人员代办 委托他人代办 客户亲办  
收付款方式: 1、银行转账 2、网银 3、其他 \_\_\_\_\_  
开户行名称: \_\_\_\_\_ 户名: \_\_\_\_\_ 账号: \_\_\_\_\_

### 一、变更项目

1、加保 2、减保 3、部分领取 4、累积红利领取 5、账户转移 6、离职领取 7、养老金领取  
二、账户变动金额 单位: 元

账户名称	变动金额	变动情况
公共账户		<input type="checkbox"/> 转出 <input type="checkbox"/> 转入
个人未归属账户		<input type="checkbox"/> 转出 <input type="checkbox"/> 转入
个人已归属账户		-
个人交费账户		-
公共红利账户		-
个人红利账户		-

注: 变动情况仅在办理账户转移时填写, 请根据转出、转入情况分别勾选公共账户和单位交费账户变动情况。

### 三、账户变动明细 单位: 元

序号	被保险人	证件号码	变动金额			
			未归属账户	已归属账户	个人交费账户	个人红利账户

注: 被保险人申请个人已归属账户、个人交费账户、个人红利账户加、减保或领取时, 需每个被保险人分别填写申请书, 并在被保险人签名栏签名确认。

提示: 请您切勿盲目办理退保、部分领取等退费项目, 谨慎投资, 远离非法集资, 谨防经济损失。

### 投保单位声明

上述涉及保险权益变化的申请事项, 投保人已告知所有相关被保险人, 并且征得被保险人的同意, 如涉及法律纠纷, 由投保人承担相关责任。

投保人已仔细阅读《隐私政策》(扫描底部二维码查看), 承诺已告知并征得所有被保险人和指定受益人同意及授权, 投保人及所有被保险人、指定受益人已知晓本隐私政策条款, 已清晰地了解个人信息的收集目的、可能的用途等全部内容。且基于上述目的, 同意并授权贵公司依照其业务需要收集相关人员的个人信息及对该等信息进行处理。

### 委托授权书

投保人 被保险人全权委托 \_\_\_\_\_ (证件类型 \_\_\_\_\_ 证件号: \_\_\_\_\_) 办理以上保全申请事项, 日后如有任何法律纠纷均由委托人自行负责。(如涉及个人已归属账户、个人交费账户、个人红利账户加、减保或领取时, 需勾选被保险人)

受托人(如为我公司服务人员请同时填写业务代码)签名:	投保单位经办人签名:	保险公司受理人签名:	被保险人签名:	投保单位签章:
联系电话:	联系电话:	联系电话:	联系电话:	
日期:	日期:	日期:	日期:	日期:

