

被保险人变更申请清单 (年金类)

被保险人信息变更 增加被保险人 减少被保险人 续期交费 账户提取 部分退保 个人保留账户 年金领取 账户金额调整 共 页, 第 页。

保险合同号		投保人						申请日期			年 月 日							
个人编号	被保险人姓名	保险凭证号码	性别	出生日期	证件类型	证件号码	权益归属个人比例	是否有医保	<input type="checkbox"/> 供款金额 <input type="checkbox"/> 账户金额调整 <input type="checkbox"/> 账户金额提取		年金领取			属组	金额合计	被保险人签名	备注	
									公共账户	个人账户		领取方式	首期领取日期					首期领取金额
										单位交费	个人交费							
本页小计		增人: 人; ¥ 元。						个人保留账户: 人				续期交费: 人						
		减人: 人; ¥ 元。										续期交费合计: ¥ 元						
		账户提取/部分退保: 公共账户: ¥ 元; 个人账户: ¥ 元。						账户调整: 人				年金领取: 人 领取金额合计: ¥ 元						
声明: 投保人已仔细阅读、理解贵公司提示并同意遵守。谨以此申请书作为保险合同保全的要约, 并同意贵公司依此办理上述保全事项。 投保人(签章): 联系人: 联系电话/手机:																		
提示: 1. 本清单每次只能选择一种保全项目。 2. “个人编号”栏应填写保险合同所附的“被保险人清单”上的被保险人个人编号。若申请增加被保险人, “个人编号”无需填写。 3. 对于指定的生效日期等其他内容请在“备注”栏中注明。																		
保险公司处理意见:																		
受理人:		受理日期:				年 月 日		作业流水号:										

营业机构: 业务员: 代码: 联系电话:

受益人变更 被保险人授权账户变更 (授权 变更 终止)

共 页, 第 页。

保险合同号码							投保人					申请日期		年 月 日	
个人编号	被保险人姓名	性别	出生日期	证件名称	证件号码	受益人姓名	与被保险人关系	受益顺序	受益份额	账户所有人	开户银行	账 号	电子邮箱	被保险人签名	备 注

投保人（签章）：

联系人：

联系电话/手机：

保险公司处理意见：

受理人：

受理日期：

年 月 日