



意外伤害保险变更申请书

批改申请单号：B260831016504004500052763

申请须知

尊敬的客户，请您仔细阅读以下事项，在确认没有异议后，再提出变更申请并在“客户声明”中签章：

1. 请投保人或被继承人（仅适用于原投保人将其权利义务全部转给继承人的情形。）详细填写需变更的内容。
2. 在进行人员变更时，请投保人认真核实拟退出保险合同的人员此前是否有出险未报案情形，或有否正在处理之中的赔案。如有此类人员，为避免影响其保险利益，请待赔案处理完成后再予变更。
3. 除经本公司正式程序修改或批注的内容外，其它任何人的口头及书面陈述、报告或合约，本公司无需负责。

基本投保情况

投保人名称：霍尔果斯创暄能源科技有限责任公司

保单号码：P26010726504005500000000011

经办人资料

经办人名称：古丽达乃·吾拉木江

联系电话：132****1028

被委托人资料（委托办理业务，需填写此项）

被委托人名称：

证件号码：

与投保人关系：

申请人：投保人

反洗钱信息（达到反洗钱规定的客户，请填写《客户身份信息识别表》）

申请资料

本次共收到项材料，具体为：

批改类型：增减被保险人

申请原因：客户需求

具体变更内容：

变更前信息：

保障计划组别：1 投保人数：9 每人保险金额（元）：35
0000.00 总保险金额（元）：3150000.00 总保险费（元）：
：1620

变更后信息：

保障计划组别：1 投保人数：10 每人保险金额（元）：35
0000.00 总保险金额（元）：3500000.00 总保险费（元）：
：1760

说明：涉及变动人员时（批改类型为增减被保险人），请填写《团体业务被保险人信息变化清单》；涉及驾乘险团单业务增减车辆信息时，请填写《车辆信息变化清单》。

客户声明

投保人及被保险人兹声明如下：

1. 投保人、申请人已阅知“申请须知”事项，无异议且确认没有其中第2项提及的被保险人。批改事项是申请人的真实意思表示，所提供的资料均真实有效。如因变更事项引发纠纷，相关法律后果由投保人、申请人承担，与保险人无关。
2. 变更申请的生效时间，以保险人所出具的批单上载明的生效时间为准。涉及缴费事项的，只有在申请人缴纳相关费用后，保险人方对缴费后发生的保险事故承担保险责任，保险双方另有书面约定的除外。本申请书与原投保单构成保险合同的一部分。
3. 为便于贵公司提供优质的保险服务，本人同意以本信息或其影印件作为授权证明，授权贵公司在依据行业监管及为实现保险服务之需要而与其他机构进行合作的前提下对本人信息（包括姓名、证件类型、证件号码、证件有效期起止期限等）进行合理使用及信息共享；同时，授权贵公司可通过知悉本人信息的机构查询与本人有关的信息（包括但不限于投保、承保、理赔、医疗信息等）并进行合理的使用。贵公司及其他合作机构对本人个人信息承担保密义务。
4. 若申请退保/替换的被保险人在保险期间内已发生保险责任事故的，保险人按该被保险人实际保险费与退保/替换前保险费的比例承担保险责任。

投保人签名（章）：

申请日期：2026-08-31 18:47:12

被保险人签名：

批改生效日期：2026-09-01 00:00:00



团体业务被保险人信息变化清单

保单号：P2601072650400550000000011 投保人：霍尔果斯创暄能源科技有限责任公司 批改申请单号：B260831016504004500052763

序号	变更前信息					变更后信息					
	保障组别	被保险人姓名	证件号码	职业工种	职业类别	保障组别	被保险人姓名	证件号码	职业工种	职业类别	被保险人 (监护人) 签字
1	--	--	--	--	--	1	张亮	513424199410221719	内勤人员	1类	