

平安养老保险股份有限公司

企业计划变更申请表

P202

\*企业名称: \_\_\_\_\_

\*企业计划号: \_\_\_\_\_ \*申请日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

**填写注意事项:**

- 1、本表格适用于企业年金计划参加企业对涉及企业信息变更、计划信息变更、查询密码变更、年金计划报告的补发、规则变更等事项的申请;
- 2、本表格应由企业年金计划的参加企业用蓝黑、炭素墨水笔以正楷简体字填写,字迹清晰,涂改无效;
- 3、填写的内容说明:请在适当的□加上“√”,请在\_\_\_\_处,准确填写相应信息,“\*”部分为必填项,空白无效。

**A、企业基本信息变更**

**1、企业基本信息变更 (此处变更需提供工商行政机关或主管机关证明)**

原企业名称: \_\_\_\_\_ 变更为: \_\_\_\_\_

企业性质变更为:

- 国有企业[1]     集体企业[2]     私营企业[3]     个体[4]     机关事业单位[5]  
 中外合资经营企业[6]     中外合作经营企业[7]     外商独资企业[8]     其它企业[9]

行业类别变更为:

- 农/林/牧/渔业[01]  采矿业[02]     电力/燃气及水的生产和供应业[03]  住宿和餐饮业[04]  
 建筑业[05]     交通运输/仓储和邮政业[06]  信息传输/计算机服务和软件业[07]  批发零售业[08]  
 制造业[09]     房地产业[10]     金融业[11]  文化/体育/娱乐业[12]     其它[13] \_\_\_\_\_

组织机构代码变更为: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 工商注册号变更为: \_\_\_\_\_

税务登记代码变更为: \_\_\_\_\_ 企业法人代表变更为: \_\_\_\_\_

注册地址变更为: \_\_\_\_\_省/直辖市 \_\_\_\_\_市 \_\_\_\_\_区/县 \_\_\_\_\_

主营业务变更为: \_\_\_\_\_ 年总收入变更为: \_\_\_\_\_万元

**2、企业联系方式变更**

公司传真号码变更为: \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_ 公司邮政编码变更为: \_\_\_\_\_

公司地址变更为: \_\_\_\_\_省/直辖市 \_\_\_\_\_市 \_\_\_\_\_区/县 \_\_\_\_\_

第一联系人信息变更为:

姓名: \_\_\_\_\_ 性别: 男 女 职务: \_\_\_\_\_ 移动电话: \_\_\_\_\_

电子邮箱: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ 联系电话: \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_

联系地址: \_\_\_\_\_省/直辖市 \_\_\_\_\_市 \_\_\_\_\_区/县 \_\_\_\_\_ 邮编: \_\_\_\_\_

第二联系人信息变更为:

姓名: \_\_\_\_\_ 性别: 男 女 职务: \_\_\_\_\_ 移动电话: \_\_\_\_\_

电子邮箱: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ 联系电话: \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_

联系地址: \_\_\_\_\_省/直辖市 \_\_\_\_\_市 \_\_\_\_\_区/县 \_\_\_\_\_ 邮编: \_\_\_\_\_

**3、企业缴费账户信息变更**

开户银行: \_\_\_\_\_银行 \_\_\_\_\_(分/支行) 开户地: \_\_\_\_\_省/市 \_\_\_\_\_县/区 \_\_\_\_\_

账户名称: \_\_\_\_\_ 银行账号: \_\_\_\_\_

平安养老保险股份有限公司

B、年金计划报告的补发

补发报告：企业计划证明 年度报告 定期报告（报告期数：\_\_\_\_\_年\_\_\_月）

C、投资选择权变更

A. 授权员工进行投资授权或投资转换

B. 授权企业统一进行投资授权或投资转换

每年投资转换次数限制\_\_\_\_次

D、计划规则变更

变更项目名称（可多选）：计划信息变更 缴费规则变更 归属规则变更 支付规则变更

变更内容：\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

变更内容：\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

（若变更内容较多，可以附表形式补充）

E、其他变更

（变更内容：\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

F、委托人授权与声明

委托人承诺此变更符合我国相关法律法规规定，日后如有任何法律纠纷，由委托人自行负责，特此声明。

*企业签章	经办人签名	日期：_____年___月___日
-------	-------	-------------------

G、以下内容由平安养老保险股份有限公司业务员填写：

服务业务员姓名：\_\_\_\_\_ 业务员代码：\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_