



<input type="checkbox"/> 解除合同	<input type="checkbox"/> 撤单（适用于条款中有撤单责任险种） <input type="checkbox"/> 部分退保	<input type="checkbox"/> 退保（ <input type="checkbox"/> 保险合同遗失） <input type="checkbox"/> 误保退保	<input type="checkbox"/> 清单退保 <input type="checkbox"/> 进入领取期退保
<input type="checkbox"/> 红利领取	红利领取方式： <input type="checkbox"/> 现金领取 <input type="checkbox"/> 银行转账 提示：选择银行转账领取红利的未变更账户时，以后各次同一款项给付均转入投保人选择的账户。解除合同后如有补发的红利，也将转入此账户。		
<input type="checkbox"/> 满期给付	提示：仅适用于基金险。保险合同满期给付后保险责任终止，保险公司不再受理理赔申请。		
<input type="checkbox"/> 投保人领款账户	<input type="checkbox"/> 转入交费账户 <input type="checkbox"/> 账户信息变更 户名： 开户银行： 银行账号：		
<input type="checkbox"/> 特别约定变更			
<input type="checkbox"/> 其他变更项目	<input type="checkbox"/> 团单转个单（被保险人姓名： 证件类型： 证件号码： ) <input type="checkbox"/> 其他		
<b>备 注</b>			

### 告知事项

1. 投保单位是否已在本公司投保其他人身保险？若“是”，请在下表中详细说明： 是  否

险种名称	保险合同号	保险单生效日期
-----	-----	年 月 日
-----	-----	年 月 日

2. 过去三年是否向保险公司索赔过？  
若“是”请在备注栏列明索赔险种、索赔时间、索赔原因及索赔人数。是 否

3. 过去三年是否发生过死亡或伤残情况？若“是”请告知人数。是 否  
 疾病死亡\_\_\_\_\_人； 疾病伤残\_\_\_\_\_人； 意外死亡\_\_\_\_\_人； 意外伤残\_\_\_\_\_人。

4. 参加投保的被保险人是否患有以下疾病？是 否

A、恶性肿瘤；	B、心脏病（心功能不全Ⅱ级以上）；	C、心肌梗塞；
D、高血压（Ⅱ级以上）；	E、白血病；	F、肝硬化；
G、慢性阻塞性支气管疾病；	H、脑血管疾病；	I、慢性肾脏疾病；
J、糖尿病；	K、再生障碍性贫血；	L、先天性疾病（见条款中释义部分）；
M、精神病或精神分裂；	N、癫痫病；	O、身体残障；
P、妇科疾病；	Q、其他疾病；	R、是否曾因病全休或半休。

5. 是否有长期病假、长期接受治疗或住院治疗人员参加本次投保？若“是”有\_\_\_\_\_人 是 否

6. 是否有残疾人员参加本次投保？若“是”有\_\_\_\_\_人 是 否

7. 保险金额或保险费分配规则：平均 年收入 职位 综合了多种因素（请在备注栏列明）

（说明：4、5、6项目若为“是”，请在《被保险人变更申请清单》中对应被保险人“备注”栏写明）

若委托他人代办请填写以下内容：

现委托\_\_\_\_\_先生/女士（有效证件号码：\_\_\_\_\_）前往贵公司办理有关本保单申请项下 变更事宜。本委托授权有效期为\_\_\_\_\_天。（委托日期同本申请书的申请日期）

代办人与委托人关系：本公司服务人员 亲属 朋友 其他\_\_\_\_\_

代办人联系电话：\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 委托人签名：\_\_\_\_\_ 代办人签名：\_\_\_\_\_

**投保人声明：**  
 投保人已仔细阅读知、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）：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_ 年 月 日

### 以下内容由保险公司工作人员填写

**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：\_\_\_\_\_