



<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"/> 退保 ( <input type="checkbox"/> 保险合同遗失) <input type="checkbox"/> 清单退保 <input type="checkbox"/> 部分退保 <input type="checkbox"/> 保险公司解除合同 <input type="checkbox"/> 误保退保 <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>	
<b>告知事项</b>	
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: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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、慢性阻塞性支气管炎;                          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 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
6. 是否有残疾人员参加本次投保? 若“是”有_____人 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
7. 保险金额或保险费分配规则: <input type="checkbox"/> 平均 <input type="checkbox"/> 年收入 <input type="checkbox"/> 职位 <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 本公司服务人员 <input type="checkbox"/> 亲属 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 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	
<b>以下内容由保险公司工作人员填写</b>	
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:	