

保险合同变更申请书（核保类）

温馨提示：请您用黑色钢笔、签字笔在变更项目前的□内打“√”，并填写变更内容，不得涂改。如有任何疑问，可致电我司全国统一服务热线 400-86-95666 咨询。

基本信息

保险合同号码		申请日期：	年	月	日	
申请人信息	姓名：	性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期：	年	月	日
	证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其他	证件号码				
	证件有效期	___年___月___日至___年___月___日/ <input type="checkbox"/> 长期	联系手机			
	联系地址：	___省___市___区/县	___街道/镇	(具体到门牌号) 邮编		
	若以上联系方式与之前登记的不一致，且您希望本公司按照此次填写的相关内容进行修改，请勾选变更对象： <input type="checkbox"/> 仅本保单 <input type="checkbox"/> 所有保单					

如需要委托代办，请填写下列受托人信息及委托事项

受托人信息	受托人身份： <input type="checkbox"/> 业务人员 <input type="checkbox"/> 其他：○父母 ○配偶 ○子女 ○其他		
	姓名：	业务人员代码	
	证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 其他	证件号码	
	证件有效期	___年___月___日至___年___月___日/ <input type="checkbox"/> 长期	联系手机
联系地址：___省___市___区/县 ___街道/镇 (具体到门牌号) 邮编			
委托事项	本人（以下简称委托人）___全权委托___自___年___月___日起十个自然日内持贵公司要求的必备资料，以委托人的名义前往贵公司代为办理有关本保单项下的___事宜。		
	委托人签名	受托人签名	
授权转账信息	<input type="checkbox"/> 原交费账户		
	<input type="checkbox"/> 其他账户（请详细填写账户信息）	开户银行：	户名：
		账号	
注：银行账户须以您本人的真实姓名开立，并授权我们用于保险款项转账收付；我们不对该授权账户的失窃或冒领承担责任；如因授权账户错误、账户注销或授权账户不符合要求而导致转账不成功，由此产生的责任将由您承担。			

申请事项

□保单复效	<input type="checkbox"/> 整单复效	
	<input type="checkbox"/> 部分险种复效：险种名称___ 险种名称___ 险种名称___	
□职业变更	变更对象： <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人	
	变更后职业名称___ 变更后职业代码___ 工作单位___	

投保人变更
 新投保人与被保险人关系：本人 父母 配偶 子女 其他_____

新投保人姓名_____ 性别：男 女 出生日期_____年____月____日

证件类型：身份证 护照 其他_____

证件号码：_____

证件有效期：_____年____月____日至_____年____月____日 / 长期

国籍_____ 民族_____ 职业名称_____ 职业代码_____

工作单位_____ 职务_____ 年收入_____万

联系地址_____省_____市_____区/县_____街道/镇_____（具体到门牌号）

邮编_____ 联系手机_____ 座机_____—_____ 电子邮箱_____

续期交费账户：户名_____ 开户行_____ 账号_____

原投保人声明：本人自投保人变更生效日起，放弃本合同下投保人的相关权利。

新投保人声明：本人自投保人变更生效日起，享有本合同下投保人的相关权利，并愿意履行相关义务。

补充告知 请填写健康及财务告知，并在说明栏中详细说明。

请填写需要增加附加险的详细信息

险种名称	保额/份数	交费期间	保险期间	是否为下一个 保单周年日生效
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

投保人声明：本人已收到附加险条款，并已了解以上附加险合同需经贵公司审核并同意后生效，生效日期以批单所载日期为准。

追加保险费 追加保险费：¥_____元

险种名称	原保险金额/份数	变更后原保险金额/份数

健康及财务告知

询问事项	投保人	被保险人
01 请告知身高、体重。	_____厘米； _____公斤	_____厘米； _____公斤
02A.是否吸烟或曾经吸烟？若“是”，请告知每日吸烟量和吸烟年限。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ____支/天，____年	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ____支/天，____年
B.是否已戒烟，若“是”，请在“说明栏”告知戒烟时间及戒烟原因。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
03A.是否饮酒或曾经饮酒？若“是”，请告知每周饮酒量、饮酒年限和饮酒种类。酒的种类有：①啤酒 ②葡萄酒 ③黄酒 ④白酒或洋酒等。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ____两/周，____年 种类：_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ____两/周，____年 种类：_____
B.是否已停止饮酒？若“是”，请在“说明栏”告知停止饮酒的时间及原因。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
04 目前或过去一年内是否去医院进行过门诊的检查、服药、手术或其他治疗？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
05 是否过去三年内曾有医学检查（包括健康体检）结果异常？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

06 是否过去五年内曾住院检查或治疗（包括入住疗养院、康复医院等医疗机构）？					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
07 目前或过去一年内是否曾有下列症状？ 反复头痛或眩晕、晕厥、咯血、胸痛、呼吸困难、呕血、黄疸、便血、听力下降、耳鸣、复视、视力明显下降、原因不明皮肤或齿龈出血、原因不明的发热、体重下降（3个月内超过5公斤）、原因不明的肌肉萎缩、原因不明的包块或肿物、性质不明的结节？					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
08 是否目前患有或曾经患有下列疾病或手术史？						
A.脑、神经系统及精神方面疾病，例如：癫痫、脑中风、脑炎、脑膜炎、脑血管瘤、良性脑肿瘤、脑损伤、运动神经元病、阿尔茨海默病、帕金森综合征、脊髓疾病、重症肌无力、多发性硬化、精神病、脑部手术史？					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
B.心、血管的疾病，例如：高血压、冠心病、心绞痛、心律失常、心肌梗塞、心力衰竭、先天性心脏病、风湿性心脏病、心肌病、心内膜炎、心肌炎、心包炎、室壁瘤、动脉瘤、心脏瓣膜病、主动脉疾病、下肢静脉曲张、脉管炎？					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
C.呼吸系统疾病，例如：肺结节、肺磨玻璃影、慢性支气管炎、肺气肿、肺心病、哮喘、肺结核、肺栓塞、支气管扩张、尘肺、间质性肺病、肺纤维化？					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
D.消化系统疾病，例如：胃或十二指肠溃疡、萎缩性胃炎、胰腺炎、肝炎（请注明类型）、乙肝或丙肝病毒携带、多囊肝、胆管炎、肝硬化、胆结石、慢性或溃疡性结肠炎、克隆病、腹部手术史？					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
E.泌尿系统疾病，例如：血尿、蛋白尿、尿路畸形、肾炎、肾病、肾脏功能不全、尿毒症、肾移植、肾积水、肾囊肿、肾髓质囊性病、泌尿系统结石、泌尿系统手术史？					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
F.骨骼、肌肉、结缔组织的疾病，例如：类风湿关节炎、强直性脊柱炎、椎管狭窄、脊柱裂、股骨头坏死、骨性关节炎、骨髓炎、皮炎、硬皮病、肌营养不良症、干燥综合征、系统性红斑狼疮？					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
G.内分泌、血液系统疾病，例如：糖尿病、痛风、甲状腺结节、甲状腺或甲状旁腺疾病、白血病、血友病、再生障碍性贫血、地中海贫血？					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
H.五官科疾病，例如：视网膜变性、出血或剥离、青光眼、白内障、高度近视（800度以上）、美尼尔病、五官手术史？					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
I.以上未提及的肿瘤：包括：肉瘤、癌、良性肿瘤、息肉、囊肿？					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
09 是否曾有使用违禁药物或滥用成瘾性药物？					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
10 本人或配偶是否曾接受艾滋病的有关检查和治疗？					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
11 是否存在以下情况：					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
A.智能障碍？若“是”请在说明栏说明智能障碍等级。					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
B.失明、聋哑及言语、咀嚼或躯干、四肢或身体其他部位缺损、残疾或功能障碍？若“是”请在说明栏说明残疾部位（哪侧）、原因、有无功能障碍、是否使用辅助器械。					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
12 十八周岁以上（含十八周岁）女性补充告知：					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
A.目前是否怀孕？若“是”，怀孕_____周？					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
B.怀孕及生产期间是否有并发症？例如：蛋白尿、高血压、糖尿病、宫外孕等					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
C.是否曾有阴道异常流血、畸胎瘤、葡萄胎、盆腔炎、宫颈上皮内瘤变、乳房结节或其他任何乳房、子宫、卵巢的疾病？					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
13 父母、子女、兄弟姐妹是否患有癌症、心脑血管疾病、白血病、血友病、糖尿病、多囊肝、多囊肾、肠息肉或其他遗传性疾病？（若“是”，请在下表中告知）						
疾病对象	所患疾病名称	患病时年龄	生存情况	身故时年龄	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		周岁	<input type="checkbox"/> 健在 <input type="checkbox"/> 身故	周岁		
		周岁	<input type="checkbox"/> 健在 <input type="checkbox"/> 身故	周岁		
14 两周岁以下（含两周岁）儿童补充告知						
A.请告知出生时体重						_____公斤

B.是否为早产、难产? 出生时是否曾有产伤、窒息等异常情况?		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
C.是否有畸形、发育迟缓、惊厥、抽搐、脑瘫、先天性和遗传性疾病?		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
15 是否有参加赛车、赛马、搏击类运动、攀岩、潜水、滑雪、蹦极、飞行、探险、或特技活动及其他高风险活动的爱好? 若“是”,请在说明栏中告知参加的项目以及每年大约参加的次数。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
16 最近两年的平均年收入是多少万元? 来源: ①工薪 ②个体 ③私营 ④房屋出租 ⑤证券投资 ⑥银行利息 ⑦其他	_____万元 序号_____	_____万元 序号_____
17A.是否有机动车驾驶证执照? 若“是”,请告知驾照类型。	类型_____	类型_____
B.是否曾违章驾车并发生交通事故,若“是”,请在说明栏中告知次数、时间、违章类型。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
18A.在过去的两年中,是否在本地区以外的国家或地区(包括外地或境外)连续居住超过三个月? 若“是”,居住的国家或地区: _____,居住时间 _____个月。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
B.近一年内,是否计划出国? 若“是”,计划去的国家或地区: _____,目的: _____,居住时间_____个月。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
19 是否已有或正在申请除本公司以外的人身保险产品? 若“是”,请在“说明栏”告知投保种、保险金额、承保公司和日期。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
20 是否在投保其他保险公司人身保险产品时,被拒保、延期、附加条件或加费承保、提出或已经得到理赔?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
21 是否享有社会医疗保险或公费医疗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
22 是否享有其他费用补偿型医疗保险?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

说明栏: 上述告知事项,如果答复“是”时,请注明告知对象(投保人,被保险人),并在本栏详细说明发生时间、发生事由和结果。

序号	告知对象	告知内容

声明事项

下列重要信息,请您在确认申请变更之前仔细阅读:

- 本人确认投保人、被保险人、受益人均未担任(或未曾担任)外国(或国际组织)政要人员且非上述人员近亲属或共同利益人,若为上述人员请填写《外国(国际组织)政要人员声明》。
- 本人已审慎阅读并充分理解《招商仁和人寿隐私政策》(以下简称“隐私政策”)、《个人信息处理知情及授权书》和《招商仁和人寿个人信息共享授权书》(注:请登录公司官网或扫描右侧二维码阅读隐私政策和授权书的内容)。
本人同意 不同意招商仁和人寿公布的《招商仁和人寿隐私政策》和《个人信息处理知情及授权书》。
本人同意 不同意授权招商仁和人寿处理本人及相关主体的一般个人信息和敏感个人信息。
本人同意 不同意招商仁和人寿公布的《招商仁和人寿个人信息共享授权书》。
- 若您申请的项目为投保人变更,请您就《非居民金融账户涉税信息》进行声明:
姓名: _____ 本人声明: 1.仅为中国税收居民 2.仅为非居民 3.既是中国税收居民又是其他国家(地区)税收居民
本人确认上述信息的真实、准确和完整,且当这些信息发生变更时,将在30日内通知贵公司,否则本人承担由此造成的不利后果。
如在以上选项中勾选第2项或者第3项,则需要您填写《个人所得税居民身份声明文件》。
- 本人已了解个别申请项目可能需要提供补充材料,本人接到贵公司通知后提供。
- 本人已了解申请的变更项目需经贵公司审核并同意后生效,生效日期以批单所载日期为准。



申请书上所有签名处均需本人亲笔签字,其他人不得代签;未成年人由其法定监护人签署本人的姓名。

投保人签名 _____ 被保险人或其监护人签名 _____ 新投保人签名 _____

以下内容由工作人员填写

受理人签名 _____ 受理日期 _____ 备注 _____