

中国人民健康保险股份有限公司
保险合同变更申请书（险种变更）

提示：请您用黑色钢笔或签字笔在申请项目的□或○内打“√”，并在对应栏内填写所需变更的内容，无需变更的内容不用填写，填写的内容不允许涂改。为维护您的权益请勿在未填写的空白服务申请书上签名，签名前请核对所填写的内容，若发生涂改本申请无效。

保单号：

申请人（角色选择：☐投保人 ☐被保险人 ☐受益人） 申请时间： 年 月 日

变更项目	变更后的内容					
险种变更 (新增险种)	被保险人	险种名称	险种代码	保额 / 档次	保险费	备注
	☐ ① ☐ ② ☐ ③					
	☐ ① ☐ ② ☐ ③					
	☐ ① ☐ ② ☐ ③					

注：为保单新增险种的，须同时填写健康告知及财务问卷。

新增险种投保声明/抄录

☐ 传统保险（请勾选）

本人已收到以上所购买保险的全部条款，了解所购买产品的保险责任和人身保险投保提示书、产品说明说（一年期以上产品）的内容。

☐ 万能型保险（请勾选后亲笔抄录）

本人已阅读保险产品条款、产品说明书和人身保险投保提示书，

了解本产品的特点和保单利益的不确定性。

客户信息授权使用条款

授权：本人授权贵公司可以从第三方就有关投保及后续保单服务或理赔服务事宜查询、收集与本人相关的信息。本人同意贵公司将本人提供的前述信息、本人接受贵公司投保及后续保单服务或理赔服务产生的信息以及贵公司从中国银行保险信息技术管理有限公司等第三方查询、收集的信息（包括本单证签署之前提供、查询收集和产生的），用于人保集团及其因服务必要而委托的第三方，向本人提供投保及后续保单服务或理赔等服务，并可**开展推介产品□、开展市场调查□、信息数据分析□（需勾选）**。人保集团及其委托的第三方对上述个人信息依法承担保密和信息安全义务。本人已对上述授权内容明确告知并取得被保险人及受益人同意。

本条中贵公司是指中国人民健康保险股份有限公司，“人保集团”是指中国人民保险集团股份有限公司及其作为控股股东、实际控制人的公司。本授权自本单证签署时生效，具有独立法律效力，不受合同成立与否及效力状态变化的影响。如取消或变更授权，可致电中国人民保险客服热线 95518/联系官方微信服务号“人保健康生活”申请。本人将通过在官方微信服务号“人保健康生活”线上注册方式，详细了解个人信息处理规则。

本人同意贵公司向中国银行保险信息技术管理有限公司（简称“中国银保信”）报送本人的全部保单信息和理赔信息，并通过医疗机构、中国银保信及知悉本人信息的其他机构查询与本人有关的承保、理赔、医疗等信息。中国银保信基于为本人或保险公司提供服务的需要可对上述信息进行必要的使用及相关机构进行信息共享，但应严格履行保密义务。

☐ 同意接受上述条款

☐ 不同意接受上述条款

投保人/被保险人声明

声明：本人申请以上勾选的变更事项，并认同保险合同变更申请书上与所申请变更事项内容相符，同时知晓申请事项须经贵公司同意批准后生效，其生效日以批单文件所批准变更生效日为准。本人提交本保险合同变更申请书及本申请有关资料及各项声明、告知均完全属实。如上述资料不属实并影响贵公司决定是否承保，则任何依据此申请书缮发的保险合同或保险的批单无效。对于本人提出的保全申请，若在收到贵公司通知须确认相关事项 30 天内未做出答复，本次申请自动撤销。

对于本次变更可能出现的补费或退费，本人选择以下方式支付或领取：☐ 现金 ☐ 本保单缴费账号转账 ☐ 投保人保费余额

申请人签名：

签署时间：

代办人签名：

（如是业务员须填写所属部门： ）

注：代办人办理业务时，须提供申请人亲笔签名的《授权委托书》

以下栏目为公司操作人员填写：

受理人：

受理时间：

受理意见：

保全健康告知声明书

保单号：_____ 申请人：_____（角色选择：☐投保人 ☐被保险人☐受益人）申请时间：_____年____月____日

注意：申请复效、保障额度调整（增加保额者）或增加险种须填写以下的健康告知声明。

填写说明：请用黑色钢笔或黑色签字笔在对应的☐或序号内打“√”，并填写详细告知内容。

告知事项

1、目前医疗费用支付方式：☐社会医疗保险 ☐商业医疗保险 ☐自费 ☐其他（请详细说明）。

2、您目前的年收入_____万元，主要来源为：☐薪资 ☐营业收入 ☐房屋出租 ☐证券投资 ☐银行利息 ☐其他（请详细说明）

3、您是否投保过医疗险、重大疾病保险、意外险或寿险？（☐是☐否）如“是”，请告知投保公司、险种、保额，并做详细说明。

4、是否有投保本保单前未告知的疾病、残疾及器官缺失或功能不全？（☐是☐否）如是，请详细说明。

5、自投保至今，您是否有身体不适、检查结果异常、就诊或被诊断为某种疾病？（☐是☐否）如有，请详细说明。

6、自投保至今您是否发生过保险赔付（包括其他公司），或正准备申请赔付？（☐是☐否）如有，请详细说明。

7、投保至今是否更换过职业？ ☐是☐否（如“是”，请先办理职业变更）

8、您是否投保其他保险公司的下列产品时，被非标准承保或申请过理赔？

产品：☐人寿保险 ☐重大疾病保险 ☐住院医疗保险 ☐意外险 ☐其他保险

其结果为：☐拒保 ☐延期 ☐附加条件或加费承保 ☐提出或已得到理赔

说明栏：上述告知事项，如果答复“有”或“是”时，请注明序号及告知对象（第几被保险人），在本栏中说明。

被保险人	序号	选择内容	详细说明
姓 名：	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
	8		
姓 名：	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
	8		
姓 名：	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
	8		

声明及签名栏

本人对上述内容已了解并作出如实告知，本人同意将此申请书作为原保险合同的一部分，如有告知不实，中国人民健康保险股份有限公司（以下简称“贵公司”）有权解除本保险合同，对于合同解除前发生的保险事故，贵公司不承担保险责任。本人授权贵公司可以从任何单位、组织机构就有关保险事宜查询、索取与本人相关的资料或证明，贵公司对个人资料承担保密义务。

告知确认签名：

投保人：_____ 第一被保险人：_____ 第二被保险人：_____ 第三被保险人：_____

_____年__月__日 _____年__月__日 _____年__月__日 _____年__月__日