

□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。				
□新增附加险	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
					☐ 是 ☐ 否
					☐ 是 ☐ 否
					☐ 是 ☐ 否
					☐ 是 ☐ 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				
□加保	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 请告知您的身高、体重。			_____厘米； _____公斤	_____厘米； _____公斤	
02 您是否吸烟或曾经吸烟？若“是”，请告知每日吸烟量和吸烟年限。			☐ 是 ☐ 否 ____支/天，____年	☐ 是 ☐ 否 ____支/天，____年	
03 您是否饮酒或曾经饮酒？若“是”，请告知每周饮酒量和饮酒年限。 酒的种类有：①啤酒 ②葡萄酒 ③黄酒 ④白酒或洋酒等。 您是否已停止饮酒，若“是”，请在说明栏中告知停止饮酒的时间及原因。			☐ 是 ☐ 否 ____两/周，____年	☐ 是 ☐ 否 ____两/周，____年	
04 您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？			☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	
05 您是否过去三年内曾有医学检查（包括健康体检）结果异常？			☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	
06 您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）？			☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否	

07 您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？					☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
08 您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？					☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 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、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？					☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
C.呼吸系统疾病，例如：慢性支气管炎、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？					☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
D.消化系统疾病，例如：胃和/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？					☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 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？					☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 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？					☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 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？					☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 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？					☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
I.以上未提及的肿瘤：包括：肉瘤、癌、良性肿瘤、息肉、囊肿？					☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
09 是否曾有使用违禁药物或滥用成瘾性药物？若“是”，请在说明栏告知。					☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
10 您或您的配偶是否曾接受艾滋病的有关检查和治疗？如是，请告知检查原因和检查结果。					☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
11 您是否存在以下情况：					☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
A 智能障碍？若“是”请在说明栏说明智能障碍等级。					☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 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。					☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
12 十八周岁以上（含十八周岁）女性补充告知：						
A 您目前是否怀孕？若“是”，怀孕_____周？					☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
B 您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					☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
C 您是否曾有阴道异常流血、畸胎瘤、葡萄胎、盆腔炎或其他任何乳房、子宫、卵巢的疾病？					☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
13 被保险人的父母、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	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
		周岁	☐ 健在 ☐ 身故	周岁		
		周岁	☐ 健在 ☐ 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？					☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 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？					☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
15 您是否有参加赛车、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。					☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否

16 您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____
17 A. 您是否有机动车驾驶证？若“有”，请告知驾照类型。 B. 您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。	类型____ ☐ 是 ☐ 否	类型____ ☐ 是 ☐ 否
18 A. 在过去的两年中，您是否在本地以外的国家或地区（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。 B. 近一年内，您是否计划出国？若“是”，计划去的国家或地区：____，目的：____，居住时间____个月。	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
19 您是否已有或正在申请除本公司以外的人身保险？若“是”，请在说明栏中详述投保险种、保险金额、承保公司和日期。	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
20 您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？	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否
21 您是否有公费医疗或基本医疗保险？	☐ 是 ☐ 否	☐ 是 ☐ 否

说明栏：上述告知事项,如果答复“有”或“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

授权/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：

1. 除法律有明确禁止性规定之外，本人对贵公司及招商局集团做如下授权：
将本人提供给贵公司的信息及保单信息提供给监管机构、行业协会、当地健康保险信息平台做合理使用；将本人提供给贵公司的信息、享受贵公司服务产生的信息以及贵公司根据本条约定查询、收集的信息，用于贵公司及招商局集团以及因服务必要委托的合作伙伴为本人提供服务、推荐产品、开展市场调研与信息数据分析；基于为本人提供更优质服务和产品的目的，向贵公司及招商局集团以及因服务必要开展合作的伙伴提供、查询、收集本人的信息。为确保本人信息的安全，贵公司及招商局集团以及合作伙伴对上述信息负保密义务，并采取各种措施保证信息安全。本条款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。招商局集团是指招商局集团有限公司及其直接或间接控股的公司，以及招商局集团有限公司直接或间接作为其单一最大股东的公司。本人已阅读，充分了解并同意上述条款。如您不同意上述授权条款的部分或全部，可致电客服电话400-86-95666取消或变更授权。

2. 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 日内通知贵机构，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《个人税收居民身份声明文件》。

3. 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。

4. 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_____