



## 保单变更服务告知书

(适用于电销渠道险种和银保渠道趸交险种)

保全申请书号码: \_\_\_\_\_ 保单号码: \_\_\_\_\_ 投保人: \_\_\_\_\_ 被保险人: \_\_\_\_\_

填写说明: 请在告知信息对应的「是」或「否」前口中划√, 若选择是, 请在说明栏中说明详细情况, 审核无误后签名。

### 告知栏

1. 被保险人是否曾提出残疾或重大疾病赔偿的申请或被保险公司拒保、延期、加收额外保险费或作任何形式的合同修改。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 被保险人过去及现在是否曾患有慢性疾病, 或过去五年内是否曾因病(非意外事故)导致: 住院、连续服药、接受治疗超过 30 天, 或是否被医生建议接受检查或治疗。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 被保险人是否目前患有且曾患有下列疾病: 高血压、心脏病、脑中风等心脑血管疾病; 肺、肝、肾脏疾病; 肿瘤、肿块; 肝炎病毒携带、结肠炎、糖尿病、红斑狼疮、血液病或内分泌代谢疾病; 职业病、精神疾病; 阿尔茨海默病、帕金森病; III 度烧伤; 艾滋病或感染艾滋病病毒; 任何身体残疾、缺陷或其他主要疾病。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 被保险人是否具有 1) 智力障碍、瘫痪、失明、聋、哑; 2) 妊娠满 8 个月或妊娠异常情况; 3) 酒精、药物中毒史; 使用毒品、镇静剂及其他违禁药物; 4) 正计划到有战乱的国家工作或居住。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 被保险人是否从事采矿业从业人员; 森林业从业人员; 海上作业人员; 桥梁工程人; 特种部队; 消防员; 潜水员; 职业运动员; 海湾、港口工程人员; 高速公路、隧道、地下铁工程人员; 电缆、高压电、架空线操作及维修人员; 建筑业鹰架架设工人; 液化气制造工; 汽油罐车司机及随车工人; 爆炸品制造和爆破工作人员; 交通及防暴警察; 架空作业者(包括安装维修工、清洁工); 前线军人; 驯兽及饲养人员; 武打和特技演员; 战地记者; 待业人员; 直升机飞行员; 硫酸盐酸硝酸等有毒物品制造者; 杂技演员; 刑警、特警、武警官兵; 空中或海上服役军人。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. (银保客户选填) 被保人是否存在父母、兄弟姐妹中有两人或两人以上患有癌症/或因疾病在 60 岁以前死亡?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7. (电销客户选填) 被保险人目前身体机能(包括视力等)是否残障。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

### 说明栏

如上述栏内的任何答案为“是”, 请详细说明。(包括诊治日期、症状或表现、持续时间、就诊医院、主治医生姓名、检查结果或诊断、治疗方式(如有手术请告知手术名称、用药情况)、治疗结果(包括有无后遗症和并发症)、目前情况或其他详情等)如有病历请提供。

### 申请人声明和签名

本人谨此声明及同意, 对上述告知事项内容均已理解并做出了相应的如实告知, 本人同意将此告知书作为原保险合同的一部分。上述各项内容若有告知不实, 国华人寿保险股份有限公司(以下简称“贵公司”)有权根据《保险法》的相关条款解除本保险合同, 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、组织和个人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。

投保人签名: \_\_\_\_\_

被保险人签名: \_\_\_\_\_

填写日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日