



保险合同变更申请书（告知版）

- 适用范围：本申请书适用于投保人、被保险人申请保险合同内容变更时使用。
- 填写说明：请用蓝黑色、黑色钢笔（墨水笔）或碳素笔在变更项目前的□中打“√”，并填写具体信息。填写的内容不允许涂改，若发生涂改，本申请无效。签名前请再次核对申请内容，请勿在空白申请书上签名。
- 请仔细阅读、理解申请书背面告知事项、公司提示、转账授权及声明和客户信息使用授权及声明。

保险单号：_____ 客户号：_____ 投保人姓名：_____

告知

请您认真阅读告知事项（详见背面）。若存在项内所述情况，请勾选“是”并在“07项”中详细说明（若填写不下，请另附纸张填写，并须投保人/被保险人签字确认）；若无请勾选“否”。		□是 □否
1. 被保险人/投保人在过去投保人身险或申请复效时，是否曾被拒保、延期、加费、特别约定或作任何形式的修改？或是否曾向任何保险公司申请过理赔？□是 □否，若“是”，请详细说明：_____		
2. 投保人姓名：_____，去年全年收入：_____元，是否有借贷：是□ 否□，若“是”请说明借贷额度_____元，原因_____		
主要收入来源：□工薪 □私营 □证券投资 □银行利息 □房屋租赁 □其他（请说明：_____）		
3. 被保险人姓名：_____，去年全年收入：_____元，是否有借贷：是□ 否□，若“是”请说明借贷额度_____元，原因_____		
主要收入来源：□工薪 □私营 □证券投资 □银行利息 □房屋租赁 □其他（请说明：_____）		
4. 被保险人/投保人职业是否发生变化？□是 □否，若“是”，请在07其他项目处申请职业类别变更，详细说明现职业名称及职业代码。		
01 □ 复效	声明：本人（即投保人）认可自复效生效日起重新计算除外责任期间，同时认可一年期险种及已售附加险不能同时恢复效力。	
02 □ 新增附加险	新增附加险若为一年期可自动续保险种是否自动申请续保 □是 □否	
	险种名称：_____ 保险金额（元）/份数：_____ 保险期间：_____ 交费期间：_____	
03 □ 增加保额	险种名称：_____ 原保险金额（元）/份数：_____ 增加保险金额（元）/份数：_____	
04 □ 满期续保	□主险 _____ □附加险 1 _____ □附加险 2 _____	
05 □ 增补告知	请如实填写告知栏，如有特殊告知请在07项详细说明，若填写不下，请另附纸张填写，并须投保人/被保险人签字确认。	
06 □ 投保人变更	姓名：_____ 性别：□男 □女 出生日期：_____年____月____日 国籍：_____ 民族：_____	
是否仅为中国税收居民 □是 □否 若选否，请另外填写《个人税收居民身份声明文件》	有效证件名称：_____ 证件号码：_____	
	证件有效期：□长期/自_____至_____ 职业名称：_____ 职业代码：_____	
注：变更投保人须新投保人填写告知，如有特殊告知请在07项详细说明，若填写不下，请另附纸张填写，并须新投保人/被保险人签字确认。	个人年收入（元）：_____ 家庭年收入（元）：_____ 身高（厘米）：_____ 体重（公斤）：_____	
	工作单位：_____ 婚姻状况：_____ 新投保人是被保险的人的：_____	
通讯地址：_____ 省/自治区/直辖市 _____ 市/州 _____ 区/县 _____		
(详细地址，请具体到室/号/组等) 邮政编码：_____		
手机：_____ 固定电话：(区号)_____ - _____ 电子邮箱：_____		
开户银行：□邮政储蓄银行 □其他 _____ 开户银行地址：_____省/自治区/直辖市 _____市/州 _____		
户名：_____ 账号：_____		
变更后新投保人签名：_____ 签名日期：_____年____月____日		
07 □ 其他		

共二联

第一联

公司留存联

若您申请办理的保全项目涉及收付费，请填写本次收付费账户信息

□同保险费交费账户 □其他账户（如需变更保险费交费账户请填写《保险合同变更申请书》（变更版））
开户银行：□邮政储蓄银行 □其他 _____ 开户银行地址：_____省/自治区/直辖市 _____市/州 _____
户名：_____ 账号：_____

交接资料

□保险合同原件 □投保人身份证件复印件 □被保险人身份证件复印件 □银行卡折复印件 □其他 _____

客户声明及签名

声明：本人已仔细阅读申请书背面告知事项、公司提示、转账授权及声明和客户信息使用授权及声明，并同意相关声明和授权。		
□本人申请 投保人签名： 联系电话： 签名日期：_____年____月____日	□委托他人代办 被保险人（或其法定监护人）签名： 联系电话： 签名日期：_____年____月____日	受托人签名： 联系电话： 签名日期：_____年____月____日

代理机构、保险公司填写

经办人声明：本人保证上述申请严格按照中邮保险保全业务规定的相关要求，由当事人本人亲自办理并亲笔签名。			
代理机构经办人签名：	日期：_____年____月____日	保险公司经办人签名：	日期：_____年____月____日

◆ 告知事项

1. 投保人或被保险人是否存在身体残疾情况,包括但不限于:四肢、手指、足趾残缺或功能障碍,脊柱、胸廓畸形或功能障碍,跛行、瘫痪或运动障碍、智力障碍、精神障碍,听力、视力、语言、咀嚼障碍。
2. 被保险人在过去两年内曾被保险公司拒保、延期、加费或附加相关条件承保。
3. 被保险人在过去两年内,在医院门诊或体检后,被建议需要住院或手术治疗、或需要药物治疗 30 天及以上;是否存在肿瘤标记物、胃镜、肠镜等内窥镜检查、病理活检等检查结果异常。
4. 被保险人是否有长期吸烟(吸烟 20 年以上且每日达 20 支以上),或慢性酒精中毒情况。
5. 被保险人是否目前或曾经患有下列疾病、症状、或因此而接受医疗咨询、检查或治疗:
 - A 肿瘤:恶性肿瘤、原位癌、交界性肿瘤、良性肿瘤。包括但不限于类癌、瘤变、癌前病变,非浸润性癌、上皮内瘤变、细胞不典型性增生、交界恶性肿瘤。
 - B 肿物、包块或结节:包括但不限于肺部肿物或结节或磨玻璃影、甲状腺结节、乳房结节或肿块、肝脏结节。
 - C 脑、神经系统及精神疾病:脑中风(脑出血、脑梗塞、脑栓塞)、脑脊髓膜炎、脑炎、脑膜炎、脑损伤、运动神经元病、脊髓灰质炎、脑血管瘤、脑动静脉畸形、脑外伤后遗症、重症肌无力、多发性硬化病、肌营养不良症、阿尔茨海默病、帕金森病、癫痫、精神心理疾病(如抑郁症、精神分裂症等)。
 - D 心肺疾病:高血压(指收缩压 $\geq 160\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 100\text{mmHg}$)、心绞痛、心肌梗塞、主动脉手术、心肌病、川崎病、高血压性心脏病、肺源性心脏病、冠心病、心功能不全、心脏瓣膜病、心肌炎、心内膜炎、主动脉瘤、慢性支气管炎、肺气肿、哮喘、肺纤维化、呼吸衰竭、慢性阻塞性肺病、支气管扩张、肺结核、肺栓塞、肺动脉高压。
 - E 肾疾病:血尿、蛋白尿、慢性肾炎、肾病综合征、肾功能衰竭、肾功能不全、肾髓质囊性病、多囊肾、肾盂积水。
 - F 血液风湿疾病:再生障碍性贫血、血友病、紫癜、脾功能亢进、系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎、特发性关节炎、强直性脊柱炎、硬皮病、风湿及类风湿疾病、骨髓增生异常。
 - G 消化疾病:多发性肠息肉、肝炎、肝硬化、肝功能衰竭、胰腺炎、萎缩性胃炎、克隆病、结肠炎、严重胃肠炎、胆道疾病。
 - H 内分泌和代谢疾病:糖尿病或空腹血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ 、糖尿病并发症如糖尿病肾病、代谢综合征、痛风、甲状腺功能亢进或减退、垂体功能减退或亢进、肾上腺功能减退或亢进。
 - I 其他:昏迷、视网膜出血或剥离、视神经或其他视网膜病变、800 度以上近视、艾滋病或艾滋病病毒(HIV)携带、器官移植或造血干细胞移植、职业病(如矽肺等)、先天性疾病、遗传性疾病。
6. 被保险人是否曾经或正在服用毒品、成瘾性药物、违禁药物,或有戒毒史。
7. 投保人或被保险人是否参加:空中建筑,远洋作业,矿井、地下或水下作业,勘探测绘,爆破或易燃易爆物质生产制造,高压电工程作业,镇压暴乱或军事行动,潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、摔跤、武术比赛、特技表演、赛马、赛车等及其他上述未提及的高风险运动。
 - 被保险人为女性时,是否处于孕 28 周以上至产后 8 周期间内,或是否患妊娠并发症。
 - 被保险人为 3 周岁(含)以下儿童时,是否出生时存在以下情况或疾病:早产、窒息、低体重(低于 2.5 公斤)、病理性黄疸、畸形或缺陷、脑瘫、先天性疾病、遗传性疾病等异常情况。
 - 投保人或被保险人计划 1 年内出境,如前往阿富汗、索马里、伊拉克、叙利亚等高风险国家或地区。

◆ 公司提示

1. 根据《中华人民共和国保险法》的规定,我公司有权询问您和被保险人的有关情况,您应当如实告知。
2. 如您未如实告知,足以影响我公司决定是否同意承保或者提高保险费率的,我公司有权依照《中华人民共和国保险法》的规定,在法定期限内解除合同,并有权决定是否对保险合同解除前发生的保险事故承担保险责任。
3. 为了保证您的权益,请您在提交申请之日起 30 天内及时确认申请是否完成,如您无法在 30 天内提交此次申请所需资料,我公司将撤销此次申请。如有需要,请按规定重新提交申请。

◆ 转账授权及声明

1. 本人授权中邮人寿保险股份有限公司(以下简称“中邮保险”)从交费账户或指定转账账户中划转本次保全申请产生的收付费款项,并保证此账户为本人真实姓名开立的个人银行结算账户。
2. 如因账户错误、注销、余额不足、户名与投保人姓名不符等账户原因或不符合中邮保险对转账账户要求(如开户银行不为我的指定银行或银行账户未开通转账业务等)造成划账不成功或划账错误的,责任由本人承担。
3. 如因授权账户失窃或冒领造成损失的,责任由本人承担。
4. 如因各种原因欲终止授权账户,本人将及时通过书面或线上方式提出账户变更申请,中邮保险在收到申请前按约定划转至授权账户的款项,本人视为已收到,中邮保险无需承担由此引起的责任。
5. 本人知晓申请事项须经贵公司批准后生效,其生效日以贵公司出具的批单生效日为准。
6. 本人同意贵公司为遵循国际税务合作相关规定,将本人投保相关的个人信息报送有关机构。
7. 本人已仔细阅读、理解中邮保险提示并同意遵守。谨以此申请书作为保险合同变更要约,望中邮保险同意依此办理上述变更事项。

◆ 客户信息使用授权及声明

1. 本人同意授权中邮保险及因业务必要而委托的第三方根据业务需要收集使用本人提供的资料和信息,包括提供给中邮保险的信息、享受中邮保险服务而产生的信息以及中邮保险根据约定查询收集的信息,直到本人以书面方式撤销为止。本人承诺所提供的资料和信息真实有效,因本人提供的资料或信息不真实而造成的损失由本人承担相关责任。
2. 本人同意并授权中邮保险将本人本次申请资料提供给保险监管机构、行业协会及中国银保信等必要合作方信息共享,以及用于反洗钱、司法查询、相关数据处理。
3. 本人同意中邮保险通过电话(包括手机)、信函、短信、Email 等方式适时提供保险信息服务。
4. 本授权及声明自本人在本申请书签字之日起即产生独立的法律效力,不受保险合同成立与否和效力状态变化的影响。



保险合同变更申请书（告知版）

- 1. 适用范围：本申请书适用于投保人、被保险人申请保险合同内容变更时使用。
2. 填写说明：请用蓝黑色、黑色钢笔（墨水笔）或碳素笔在变更项目前的口中打“√”，并填写具体信息。填写的内容不允许涂改，若发生涂改，本申请无效。签名前请再次核对申请内容，请勿在空白申请书上签名。
3. 请仔细阅读、理解申请书背面告知事项、公司提示、转账授权及声明和客户信息使用授权及声明。

保险单号： 客户号： 投保人姓名：

告知

Form with multiple sections for insurance policy changes, including sections for复效, 新增附加险, 增加保额, 满期续保, 增补告知, 投保人变更, and 其他. Each section contains checkboxes and text input fields for details.

共二联

第一联

客户留存联

若您申请办理的保全项目涉及收付费，请填写本次收付费账户信息

Form for payment account information, including fields for account type, bank, name, and account number.

交接资料

Form for document handover, with checkboxes for original contract, copies of ID cards, and other documents.

客户声明及签名

Form for customer declaration and signatures, including a red warning statement and fields for applicant, insured, and agent signatures and dates.

代理机构、保险公司填写

Form for agency and insurer completion, including a statement from the agent and fields for agency and insurer signatures and dates.

◆ 告知事项

1. 投保人或被保险人是否存在身体残疾情况,包括但不限于:四肢、手指、足趾残缺或功能障碍,脊柱、胸廓畸形或功能障碍,跛行、瘫痪或运动障碍、智力障碍、精神障碍,听力、视力、语言、咀嚼障碍。
2. 被保险人在过去两年内曾被保险公司拒保、延期、加费或附加相关条件承保。
3. 被保险人在过去两年内,在医院门诊或体检后,被建议需要住院或手术治疗、或需要药物治疗 30 天及以上;是否存在肿瘤标记物、胃镜、肠镜等内窥镜检查、病理活检等检查结果异常。
4. 被保险人是否有长期吸烟(吸烟 20 年以上且每日达 20 支以上),或慢性酒精中毒情况。
5. 被保险人是否目前或曾经患有下列疾病、症状、或因此而接受医疗咨询、检查或治疗:
 - A 肿瘤:恶性肿瘤、原位癌、交界性肿瘤、良性肿瘤。包括但不限于类癌、瘤变、癌前病变,非浸润性癌、上皮内瘤变、细胞不典型性增生、交界恶性肿瘤。
 - B 肿物、包块或结节:包括但不限于肺部肿物或结节或磨玻璃影、甲状腺结节、乳房结节或肿块、肝脏结节。
 - C 脑、神经系统及精神疾病:脑中风(脑出血、脑梗塞、脑栓塞)、脑脊髓膜炎、脑炎、脑膜炎、脑损伤、运动神经元病、脊髓灰质炎、脑血管瘤、脑动静脉畸形、脑外伤后遗症、重症肌无力、多发性硬化病、肌营养不良症、阿尔茨海默病、帕金森病、癫痫、精神心理疾病(如抑郁症、精神分裂症等)。
 - D 心肺疾病:高血压(指收缩压 $\geq 160\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 100\text{mmHg}$)、心绞痛、心肌梗塞、主动脉手术、心肌病、川崎病、高血压性心脏病、肺源性心脏病、冠心病、心功能不全、心脏瓣膜病、心肌炎、心内膜炎、主动脉瘤、慢性支气管炎、肺气肿、哮喘、肺纤维化、呼吸衰竭、慢性阻塞性肺病、支气管扩张、肺结核、肺栓塞、肺动脉高压。
 - E 肾疾病:血尿、蛋白尿、慢性肾炎、肾病综合征、肾功能衰竭、肾功能不全、肾髓质囊性病、多囊肾、肾盂积水。
 - F 血液风湿疾病:再生障碍性贫血、血友病、紫癜、脾功能亢进、系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎、特发性关节炎、强直性脊柱炎、硬皮病、风湿及类风湿疾病、骨髓增生异常。
 - G 消化疾病:多发性肠息肉、肝炎、肝硬化、肝功能衰竭、胰腺炎、萎缩性胃炎、克隆病、结肠炎、严重胃肠炎、胆道疾病。
 - H 内分泌和代谢疾病:糖尿病或空腹血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ 、糖尿病并发症如糖尿病肾病、代谢综合征、痛风、甲状腺功能亢进或减退、垂体功能减退或亢进、肾上腺功能减退或亢进。
 - I 其他:昏迷、视网膜出血或剥离、视神经或其他视网膜病变、800 度以上近视、艾滋病或艾滋病病毒(HIV)携带、器官移植或造血干细胞移植、职业病(如矽肺等)、先天性疾病、遗传性疾病。
6. 被保险人是否曾经或正在服用毒品、成瘾性药物、违禁药物,或有戒毒史。
7. 投保人或被保险人是否参加:空中建筑,远洋作业,矿井、地下或水下作业,勘探测绘,爆破或易燃易爆物质生产制造,高压电工程作业,镇压暴乱或军事行动,潜水、跳伞、攀岩、蹦极、驾驶滑翔机或滑翔伞、探险、摔跤、武术比赛、特技表演、赛马、赛车等及其他上述未提及的高风险运动。
 - 被保险人为女性时,是否处于孕 28 周以上至产后 8 周期间内,或是否患妊娠并发症。
 - 被保险人为 3 周岁(含)以下儿童时,是否出生时存在以下情况或疾病:早产、窒息、低体重(低于 2.5 公斤)、病理性黄疸、畸形或缺陷、脑瘫、先天性疾病、遗传性疾病等异常情况。
 - 投保人或被保险人计划 1 年内出境,如前往阿富汗、索马里、伊拉克、叙利亚等高风险国家或地区。

◆ 公司提示

1. 根据《中华人民共和国保险法》的规定,我公司有权询问您和被保险人的有关情况,您应当如实告知。
2. 如您未如实告知,足以影响我公司决定是否同意承保或者提高保险费率的,我公司有权依照《中华人民共和国保险法》的规定,在法定期限内解除合同,并有权决定是否对保险合同解除前发生的保险事故承担保险责任。
3. 为了保证您的权益,请您在提交申请之日起 30 天内及时确认申请是否完成,如您无法在 30 天内提交此次申请所需资料,我公司将撤销此次申请。如有需要,请按规定重新提交申请。

◆ 转账授权及声明

1. 本人授权中邮人寿保险股份有限公司(以下简称“中邮保险”)从交费账户或指定转账账户中划转本次保全申请产生的收付费款项,并保证此账户为本人真实姓名开立的个人银行结算账户。
2. 如因账户错误、注销、余额不足、户名与投保人姓名不符等账户原因或不符合中邮保险对转账账户要求(如开户银行不为我公司的指定银行或银行账户未开通转账业务等)造成划账不成功或划账错误的,责任由本人承担。
3. 如因授权账户失窃或冒领造成损失的,责任由本人承担。
4. 如因各种原因欲终止授权账户,本人将及时通过书面或线上方式提出账户变更申请,中邮保险在收到申请前按约定划转至授权账户的款项,本人视为已收到,中邮保险无需承担由此引起的责任。
5. 本人知晓申请事项须经贵公司批准后生效,其生效日以贵公司出具的批单生效日为准。
6. 本人同意贵公司为遵循国际税务合作相关规定,将本人投保相关的个人信息报送有关机构。
7. 本人已仔细阅读、理解中邮保险提示并同意遵守。谨以此申请书作为保险合同变更要约,望中邮保险同意依此办理上述变更事项。

◆ 客户信息使用授权及声明

1. 本人同意授权中邮保险及因业务必要而委托的第三方根据业务需要收集使用本人提供的资料和信息,包括提供给中邮保险的信息、享受中邮保险服务而产生的信息以及中邮保险根据约定查询收集的信息,直到本人以书面方式撤销为止。本人承诺所提供的资料和信息真实有效,因本人提供的资料或信息不真实而造成的损失由本人承担相关责任。
2. 本人同意并授权中邮保险将本人本次申请资料提供给保险监管机构、行业协会及中国银保信等必要合作方信息共享,以及用于反洗钱、司法查询、相关数据处理。
3. 本人同意中邮保险通过电话(包括手机)、信函、短信、Email 等方式适时提供保险信息服务。
4. 本授权及声明自本人在本申请书签字之日起即产生独立的法律效力,不受保险合同成立与否和效力状态变化的影响。