



## 保单变更服务告知书

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

一、健康告知（若投保的险种涉及投保人豁免责任，则投保人告知项目必须填写）	被保险人	投保人
1. 被保险人身高_____厘米，体重_____公斤，是否近三个月内体重增（减）超过5公斤，原因_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
投保人身高_____厘米，体重_____公斤，是否近三个月内体重增（减）超过5公斤，原因_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. (a) 您是否有吸烟习惯？若“是”，已吸烟_____年、_____支/天	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(b) 您是否有饮酒习惯？若“是”，已饮酒_____年，种类_____，饮酒量_____两/天	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(c) 您是否曾接到医生对您吸烟、饮酒的建议和警告？您是否存在酒精、药物滥用或成瘾、吸食毒品等情况？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 您是否正在使用药物或曾因为同一种原因持续使用药物超过一个月？您是否正被医生建议服用药物？若“是”请在备注及特别约定栏中详细说明。如有相关病历请提供。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 您过去五年是否曾接受健康检查或下述相关检查，检查结果有异常情形或被医师建议接受其他检查？血压、尿液、肝功能、肾功能、血液检查、X光、CT、MRI（核磁共振成像）、心电图、活组织检查、超声波、脑电图、肌电图、心血管造影、肠镜或胃镜等内窥镜及其他检查？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 您是否曾经因任何疾病进行过手术（包括住院手术、门诊手术、内窥镜手术及其他创伤性治疗）？您是否曾经因任何疾病住院治疗（包括入住疗养院、康复医院等医疗机构）？若“是”请在备注及特别约定栏中详细说明。如有相关病历请提供。您是否曾经被医生告知存在任何疾病？如是，请填写下列内容；如有相关病历请提供。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. 您过去五年是否曾出现或正出现下列症状或体征？ 反复头晕、持续性头痛、晕厥、胸闷、胸痛、心杂音、心慌、气急、不能平卧、紫绀、不明原因皮下出血点、持续咳嗽、咳血、呕血、不明原因浮肿、腹痛、肝区疼痛、黄疸、吞咽困难、便血、血尿、蛋白尿、颈肩部、腰腿痛、四肢麻木、肌肉萎缩/痉挛、眼睛胀痛、视力或听力明显下降、视物不清、复视、不明原因的声嘶、关节红肿、关节酸痛？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7. 您是否曾治疗或正治疗或被告知患有下列病症：		
A. 高血压、心绞痛、心律失常、冠心病、心肌梗塞、心包炎、心内膜炎、缺血性心脏病、风湿性心脏病、先天性心脏病、肺源性心脏病、心肌病变、心脏瓣膜疾病（狭窄、关闭不全、畸形）、主动脉血管瘤、动脉粥样硬化症、静脉炎、节结性多动脉炎、静脉血栓或栓塞、静脉曲张；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
B. 脑血管意外（脑溢血、脑梗塞）、蛛网膜下腔出血、脑炎、脑膜炎、脑积水、血管畸形、脑血管瘤、短暂性脑缺血、脑动脉闭塞或狭窄；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
C. 慢性支气管炎、肺心病、哮喘、肺结核、支气管扩张症、肺气肿、肺脓肿、气胸、肺栓塞、胸膜炎、尘肺、间质性肺病、肺纤维化、胸腔积液；慢性阻塞性肺疾病、成人呼吸窘迫症；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
D. 肝炎病毒携带者、酒精性肝病、肝炎、肝硬化、食道静脉曲张、肝脓肿、肝内/肝外结石、肝脾肿大、慢性胃炎、消化道溃疡或出血或穿孔、胰腺炎、胰腺囊肿、胆囊炎、胆结石、化脓性胆管炎、溃疡性结肠炎、肠结核、克隆氏症、直肠结肠息肉、直肠肛门疾病；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
E. 肾炎、肾病综合症、遗传性肾病、肾衰竭、多囊肾、肾囊肿、肾下垂、尿路结石、尿路畸形、反复尿路感染、前列腺增生或发炎；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
F. 糖尿病、痛风、高尿酸血症、肢端肥大症、甲状腺或甲状旁腺疾病、脑下垂体或肾上腺机能亢进或减退、胸腺疾病、代谢紊乱及障碍；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
G. 各类贫血、血友病、凝血障碍或缺陷、白血病、紫癜、脾脏疾病及其它各种血液系统疾病和染色体异常疾病；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
H. 类风湿性关节炎、红斑性狼疮、多发性硬化症、胶原病及其他结缔组织疾病、干燥综合症、免疫缺陷、结节病、硬皮病；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
I. 阿尔兹海默氏病（老年痴呆或早发性痴呆症）、舞蹈症、癫痫、重症肌无力、精神疾病、心境（情感）障碍、其他精神或行为障碍、帕金森氏综合症、脊髓灰质炎、脊髓炎、运动神经元疾病、神经麻痹、尿崩症、其他器质性精神障碍、椎体外束和运动疾患、脱髓鞘疾病；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
J. 白内障、青光眼、视网膜病变、视神经病变、角膜疾病、中耳炎、内耳炎、美尼尔病、鼻窦炎、鼻息肉、鼻中隔弯曲、声带息肉；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

K. 骨折、骨髓炎、关节病变、强直性脊柱炎、颈椎、腰椎增生或退行性改变、椎间盘移位或变性、坐骨神经痛、椎管狭窄、脊柱裂、其它脊柱疾患、股骨头坏死、风湿性关节炎、皮炎、肌张力障碍、神经根及神经丛疾患、肌营养不良症、肌肉萎缩、人工装置物；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
L. 恶性肿瘤(癌症、肉瘤)、尚未证实为良性或恶性的肿瘤、原位癌、囊肿、息肉、赘生物、类癌综合症、不典型增生；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8. 您是否存在下述残障情况：		
(a) 智能障碍、语言、咀嚼、视力、听力或中枢神经系统障碍？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(b) 脊柱、胸廓、四肢或手指、五官、足趾畸形（缺损或缺陷）；跛行、脊髓灰质炎所致的缺陷及其他缺陷？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
9. (a) 您或您的配偶/父母是否曾接受或试图接受与艾滋病或其他性传播疾病相关的医疗咨询、检验或治疗？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(b) 您是否曾在过去六个月内持续一周以上有下列症状：体重下降（超过五公斤）、食欲不振、盗汗、腹泻、淋巴结肿大及皮肤溃疡？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
10. 您的家属（配偶、父母、外/祖父母、兄弟姐妹）是否曾患有或正患有结核病、肝炎、肝硬化、糖尿病、肾病、心脏病、高血压、多发性硬化症、精神病、白血病、囊肿、癌症、赘生物，或曾被发现为肝炎病毒携带者，或有 60 岁前因疾病去世的？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
11. 女性补充告知	(a) 是否怀孕？若“是”，怀孕_____周。如有产前体检报告请提供。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	(b) 是否曾患有乳房肿块、其他乳房疾病或生殖器官疾病，曾有子宫内膜异位症、阴道异常出血、性传播疾病或被告知子宫颈涂片检查结果异常？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	(c) 家庭成员中是否有人患过乳腺癌、子宫恶性肿瘤或卵巢癌？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
12. 2 岁以下儿童补充告知	(a) 出生时身长_____厘米，体重_____公斤，出生时留院_____天。如超过 7 天，请说明原因_____	
	(b) 是否有难产、先天性畸形、青紫婴儿、智能低下、唐氏综合症或其他先天性疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

## 二、职业及财务告知

投保人 财务告知	职业：_____ 工作单位：_____ 年收入：_____ 万元 主要收入来源： <input type="checkbox"/> 工薪 <input type="checkbox"/> 私营 <input type="checkbox"/> 证券投资 <input type="checkbox"/> 银行利息 <input type="checkbox"/> 房屋租赁 <input type="checkbox"/> 其他_____
被保险人 财务告知	职业：_____ 工作单位：_____ 年收入：_____ 万元 主要收入来源： <input type="checkbox"/> 工薪 <input type="checkbox"/> 私营 <input type="checkbox"/> 证券投资 <input type="checkbox"/> 银行利息 <input type="checkbox"/> 房屋租赁 <input type="checkbox"/> 其他_____

## 三、其他告知（若投保的险种涉及投保人豁免责任，则投保人告知项目必须填写）

	被保险人	投保人
1. 您是否正在申请或已购买本公司或其他保险公司的人身保险合同（不含此次申请）？若“是”，请在特别约定及备注栏中写明保险公司名称、险种名称、基本保险金额、生效日期或申请日期。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 您是否曾被保险公司拒保、延期、加费、特约、解除合同或作任何形式修改？若“是”，请在特别约定及备注栏中详述。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 您是否曾向任何保险公司提出过索赔申请？若“是”，请在特别约定及备注栏中写明保险公司名称、险种名称、索赔时间、索赔原因、索赔金额、索赔结果。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. (a) 您是否有机动车驾驶证？若“是”，驾照类型是_____。 (b) 您是否曾违章驾车并发生交通事故？若“是”，发生_____次，时间_____，违章类型_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 您是否正在或试图尝试潜水、跳伞、滑翔、攀岩、探险、拳击/散打/武术、赛马赛车等任何带有危险性的活动？若“是”，请详述：活动名称_____，活动频率_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. 您是否正计划前往其他国家或海外地区旅游，工作或居住；且持续时间超过三个月？若“是”，请详述时间及具体前往的国家/海外地区，_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<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