



保全申请单条形码编号:

更换人员告知书

公司提示：请您在仔细阅读本填表说明后用蓝、黑墨水笔填写本告知书，并在合适的回答方框内打√。

保险合同号码：																							
姓名：		性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生日期： 年 月 日						是被保险人的(关系)：													
证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军官证 <input type="checkbox"/> 其他_____				证件号码：																			
婚姻状况： <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 丧偶				国籍、户籍：							E-mail：												
住 址： 省 市 区 / 县										邮 编：								电 话：					
单位名称：				部门/职务内容：							年均收入：												
单 位 地 址： 省 市 区 / 县										邮 编：								电 话：					
职业代码：_____职业类别：_____				是否有兼职？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，如是，请说明：																			

1. 投保人是否正在申请或已拥有任何保险公司或保险机构的保险合同？			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如是，请填写下表：	
承保公司/机构	保险品种	保险金额总数	每日住院现金给付	保险合同生效日期	
问题及健康告知			投保人 回答	若“是”请说明（原因、日期、医院名称及诊治结果）	
请投保人回答以下所有问题：					
2. 投保人目前的身高、体重？	告知人： 身高_____厘米；体重_____公斤	过去的一年中体重是否有明显增减（半年内体重增减达到 5 公斤以上）？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
3. 您是否正在申请或已经拥有任何保险公司的保险合同？若是，请说明：承保公司、保险品种、保险金额总和、因被保险人死亡给付的保险金总和、住院每日补贴日额及保险合同生效日期。			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
4. 您的人寿保险、人身意外或健康保险的投保申请是否曾被拒保、推迟、加费或作限制保障权益？是否有解除保险合同？是否曾向任何保险公司提出索赔申请？若“是”，请说明。			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
5. 是否计划出国或改变居住地或工作地点？正在或试图参加私人性质飞行，或携带氧气瓶潜水、或登山、或从事危险性的运动？若“是”，请填写相关问卷，连同此投保单一并交回本公司。			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
6. 是否持有有效摩托车驾照？			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
7. a. 是否吸烟？ 若“是”，吸烟_____年_____支/天；若现已停止吸烟，停止吸烟原因及时间_____。 b. 是否饮酒？ 若“是”，饮酒_____年，种类_____，数量_____（两/周）；若现已停止饮酒，停止饮酒原因及时间_____。			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
8. 是否曾经或正在使用镇静安眠剂、可成瘾药物、麻醉剂，或接受戒毒、戒酒治疗？			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
9. 最近六个月内是否有医生建议您服药、住院、接受诊疗、手术或其它医疗方案？			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
10. 最近五年内，是否曾经作下列之一的检查，有无异常？核磁共振(MRI)、心电图、胃镜、纤维结肠镜、气管镜、CT、超声波、X光、眼底检查、脑电图、肝功能、肾功能、病理活检及其它特殊检查。			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
11. 是否有下列身体残障状况： a. 脊柱、胸廓、四肢、手指或手掌、足趾或足部缺损畸形、两上肢或两下肢长度不等、跛行？ b. 眼、耳、鼻、舌或其它颜面部软组织缺损畸形？牙齿脱落、上下颌骨缺失、颞下颌关节强直？肋骨骨折或缺失？颈部或腰部活动受限？肢体肌力下降？ c. 睾丸萎缩或缺失？阴茎缺失？输精管闭锁或缺失？（男性） d. 子宫切除？阴道闭锁？乳房切除？（女性） e. 视力、听力、语言、咀嚼、吞咽、嗅觉、触觉等功能障碍或中枢神经系统障碍？ f. 精神、智能障碍或性格行为异常？ g. 脾、肺、胃、小肠、结肠、直肠、胰腺、肝、肾、膀胱切除？心脏的结构损伤或功能障碍？输尿管闭锁或缺失？其它内脏或身体器官缺损、摘除或移植？			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

12. a. 你及你的配偶是否曾接受或试图接受与艾滋病（AIDS）有关的医疗咨询、检验或治疗, 或艾滋病病毒（HIV）呈阳性反应？ b. 是否曾经验血而得知为乙肝表面抗原(HbsAg) 阳性反应或不宜献血？	<div><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</div>	
13. 若为 16 周岁（含）以上女性，请告知： a. 目前是否怀孕？若是，已怀孕_____周？ b. (曾) 患子宫、卵巢、乳房或其它生殖器官疾病？ c. (曾) 异常妊娠、阴道异常出血或接受下腹部手术？ d. 母亲、姐妹中是否有人(曾) 患乳腺、子宫、卵巢等生殖器官恶性肿瘤？	<div><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</div> <div><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</div> <div><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</div> <div><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</div>	
14. 是否患有或曾经患有以下疾病： a. 最近六个月内，是否有下列疾患或自觉症状？ <ul style="list-style-type: none">• 不明原因皮肤出血点或淤斑、鼻衄、反复齿龈出血？• 不明原因的声嘶、关节红肿酸痛、难以愈合的舌、皮肤溃疡，持续低热，体重显著减轻（短期内 5 公斤以上），痣的形态、大小或颜色改变、黄疸？• 咳嗽、痰中有血块或血丝？眼睛胀痛、视力或听力明显下降、视物不清？• 持续一周以上的吞咽困难、食欲不振、盗汗、腹泻、腹部不适？• 紫绀、胸闷、心慌、气急、心前区疼痛、反复头痛、头晕？• 小便困难、蛋白尿、血尿、便血、黑便、粘液便？	<div><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</div>	
b. 视神经病变、白内障、青光眼、视网膜出血或剥离、近视 800 度以上？	<div><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</div>	
c. 脑脊液鼻漏或耳漏、脑血管意外及后遗症、蛛网膜下腔出血、癫痫病、帕金森氏综合症、精神病、神经麻痹、心脏病、高血压、高脂血症、血管瘤、血管疾病？	<div><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</div>	
d. 胸膜炎、肺炎、哮喘、肺结核、慢性支气管炎、支气管扩张症、肺气肿、气胸、尘肺、矽肺？	<div><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</div>	
e. 慢性胃肠炎、结肠炎、消化性溃疡、消化道出血穿孔、胰腺炎、肝炎、脂肪肝、肝硬化、肝脓肿、胆道结石、胆囊炎、腹膜炎、脾肿大、肛肠疾病？	<div><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</div>	
f. 肾炎、肾病综合症、尿毒症、急性肾功能衰竭、尿路结石、尿道狭窄、肾囊肿、肾下垂、反复尿路感染、性病？	<div><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</div>	
g. 糖尿病、垂体、甲状腺、肾上腺疾病等内分泌系统疾病？	<div><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</div>	
h. 贫血、再生障碍性贫血、白血病、紫癜症、血友病？	<div><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</div>	
i. 风湿热、关节炎、类风湿性关节炎、痛风、颈椎病、椎间盘突出症、红斑狼疮、硬皮病、皮炎、重症肌无力、肌肉萎缩症、其他结缔组织疾病？	<div><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</div>	
j. 肿瘤(包括任何良性、恶性或尚未定性的肿瘤)、息肉、囊肿或增生生物？	<div><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</div>	
k. 先天性疾病、遗传性疾病？	<div><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</div>	
l. 身体是否有瘢痕？	<div><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</div>	
m. 除上述以外的其它疾病、症状或意外受伤史？	<div><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</div>	
15. 直系亲属中，是否患有或曾经患有高血压、肾病、心脏病、肝炎、肝肾囊肿、肝硬化、糖尿病、精神病、癌症或早于 60 周岁因病身故者？	<div><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</div>	
16. 您是否有其他事项告知本公司？	<div><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</div>	

投保人、被保险人向保险公司声明并同意下列事项：

- 1、 投保人和被保险人对于变更申请单各栏目中的所有陈述均属真实，并亲笔签名。富德生命人寿保险股份有限公司如发现有任何虚假、不实或隐瞒，则有权解除合同。对于合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿或者给付保险金的责任。
- 2、 非经保险合同双方在保险单或业务批单上书面约定，包括代理人在内的任何与保险条款相违背或增减保险条款内容的书面或口头承诺，富德生命人寿保险股份有限公司不予认可。
- 3、 富德生命人寿保险股份有限公司可根据业务需要，对被保险人或投保人进行相关体检，或直接向被保险人或投保人就诊医院及其他知情机构、人士查询有关诊疗记录、病历及其它资料。
- 4、 本次变更申请只有在富德生命人寿保险股份有限公司收到投保人补交的全部保险费并签发批单的当日二十四时起生效。
- 5、 此变更申请单的副本与正本具有同样的法律效力，如果副本与正本内容不一致，则以正本为准。

新投保人签名： _____

被保险人(或其法定监护人)签名： _____

签署日期： _____年____月____日