

团体人身保险保全变更申请书

(保全核保项目专用)

保单 [。] ——— 《团体	人身保险保全变更申	清书》填写须知:	投保单位 :							
2. 涉 3. 申 4. 在 款	及具体被保险人的变更 请变更以下项目,请同办理"保单增加险种" 次内容。特别提醒:凡涉及	前□内打 √,并在横线项目,请提供《团体保闭时填写《团险告知》(时,请您仔细阅读全部设"责任免除"、"不承担	全受理清单》; 见背面); 条款内容,与本公司 3给付保险金责任"、	司销售人员的解系 "观察期"、"给	铎相结合, 确份					
	所"等内容的条款均属 □保障计划添加 等级 险种(代 ————————————————————————————————————	属于免除保险人责任的条件 码) 基本保险金 —— ——			报销比例	人数 				
		 险种(代码) 	基本保险金位	 呆额/份数 						
需要该乐类	保单新增险种声明:本单位/人已收到并详细阅读保险条款,理解条款中所载内容,特别是"责任免除"、"不承担给付保险金责任"、"观察期"、"等待期"、"赔付比例"、"免赔额"等免除保险人责任的条款。 □增加保额									
	□新增被保险人 □替换被保险人									
	□被保险人重要资料变更(包括年龄\出生日期\性别\身份证号\职业等级) 由原来的									
	变更为									
È: !	如申请项目中内容较多,	清在说明栏中注明或另附流	事单							
	投保人或投保单位(签:	章)	被保险人(签名)		申请日	期				
				系电话:						
	、一									



团体告知

1. 有无被保险人目前正在病假中?										
2. 近期一年内有无因患疾病而不能全勤工作或减轻劳动量的被保险人?										
3. 现在或过去有无患肿瘤、癫痫、脑震荡、精神病、心脏病、二期高血压、血管硬化、中风、糖尿病、肾病、性病等生殖系统疾病哮喘/肺结核等呼吸系统疾病、胃、肝、胆、肠等消化系统疾病、血液病、艾滋病等病症、智能障碍、身体残障、畸形或机能障碍的被保险人?										
4. 过去2年	□有□无									
5. 有无使用镇静安眠剂、迷幻剂、违禁药物、强力胶、毒品,有无酒精中毒、药物中毒的被保险人?										
						≥、悬崖攀登、 或行动的被保		□有□无		
7. 是否有出国或正在准备出国的被保险人?										
8. 女性被保险人中是否存在已怀孕人员?其中怀孕6个月(含)以上的孕妇人。								□有□无		
9. 过去三年内是否发生医药费用支出情况?如"有",请在说明栏内详述每一年发生的门诊费用和住院费用。										
10. 过去三年内是否有员工死亡或伤残?如"有",请在说明栏内详述每一年发生的疾病死亡人数、意外事故死亡人数和意外事故残疾人数。										
11. 是否曾被保险公司解除合同或申请投保人身保险或健康保险而未被接受、延期或附加条件承保?										
12. 投保单位目前已有的医疗保障:□社会医疗保险□商业医疗保险□单位报销医疗费								□有□无		
明书。								真写个人告知声		
13. 是否 🛚 项 目	□有□无									
保险 公司	险种 名称	保险 金额	保险费	投保 人数	理赔 金额	赔付 人次	赔付 比例	投保时间		