



单证编码 : 202701



个人寿险保全作业申请书 (送核类)

保单号码 / 客户号 : _____ 投保人 : _____ 被保险人 : _____ 申请日期 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

申请书填写须知

- 请在所选择保全项目前的□内打✓，并在横线中用黑色或蓝黑色钢笔或签字笔清晰准确填写申请内容，填写内容不允许涂改，若发生涂改本申请无效。
- 如果您申请的变更项目，存在部分或全部申请项目不符合法律规定或者保险合同约定，该申请项目无效。
- 请保持申请书签名与留存于本公司的签名样本一致，为维护您的权益，请勿在空白申请书上签名。
- 您申请办理带*的保全项目时，须同时提交《健康及财务告知》(详见背面)，当发生性别变更、调高职业类别时须同时提交《健康及财务告知》(详见背面)。
- 如果您申请的项目涉及收付费，则提供的银行账户所有人须为申请资格人本人的结算账户，并自愿授权长城人寿保险股份有限公司(以下简称“本公司”)使用您指定的银行结算账户进行各类保险款项的收付费的转账处理。如果您提供的授权账户错误、账户注销、账户内余额不足或不符合本公司对授权转账账户的要求而导致的收付费不成功，本公司不承担由此引起的责任。
- 您所申请的变更项目，经本公司审核同意后，生效日期以批单所载日期为准。

1.* <input type="checkbox"/> 复效	<input type="checkbox"/> 仅复效主险 <input type="checkbox"/> 主险与附加险一同复效 (须填写附加险简称) 附加险简称: _____ (已停售且停效超过三个月的短期附加险种除外)																																				
2.* <input type="checkbox"/> 新增附加险 <input type="checkbox"/> 终止短期险 (短期险: 保险期间为一年及一年以下的主险及附加险)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>险种简称</th> <th>被保险人</th> <th>保额</th> <th>档次</th> <th>交费年期</th> <th>保险期间</th> <th>是否自动续保</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> </tbody> </table>	险种简称	被保险人	保额	档次	交费年期	保险期间	是否自动续保	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<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	
险种简称	被保险人	保额	档次	交费年期	保险期间	是否自动续保																															
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<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																															
3.* <input type="checkbox"/> 保障档次变更 * <input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 减保	<table border="1"> <thead> <tr> <th>险种简称</th> <th>被保险人</th> <th>原基本保额 / 档次 / 份数</th> <th>新基本保额 / 档次 / 份数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	险种简称	被保险人	原基本保额 / 档次 / 份数	新基本保额 / 档次 / 份数	_____	_____	_____	_____																												
险种简称	被保险人	原基本保额 / 档次 / 份数	新基本保额 / 档次 / 份数																																		
_____	_____	_____	_____																																		
4. <input type="checkbox"/> 年龄 / 性别变更 (请填写变更客户的客户号) <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人	变更前: 姓名 _____ 性别 _____ 出生日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 变更后: 姓名 _____ 性别 _____ 出生日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军人证 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 证件号码: _____ 证件有效期至 <input type="checkbox"/> 长期 <input type="checkbox"/> _____ 年 _____ 月 _____ 日																																				
5.* <input type="checkbox"/> 补充告知 (请填写告知客户的客户号)	告知对象: <input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 其他被保险人 _____ 告知事项起始时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日 告知原因: <input type="checkbox"/> 投保时未如实告知 <input type="checkbox"/> 保全项目中未如实告知 <input type="checkbox"/> 健康状况改善 <input type="checkbox"/> 变更或取消特别约定																																				
6. <input type="checkbox"/> 职业变更	新职业: _____ (请描述具体工作内容)	职业类别: _____ (由公司填写)																																			
7.* <input type="checkbox"/> 更换投保人 由公司填写新投保人职业代码:	新投保人姓名 _____ 与被保险人关系 _____ 与受益人关系 _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军人证 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 学历 _____ 职业 _____ 婚姻状况 _____ 证件号码: _____ 证件有效期至 <input type="checkbox"/> 长期 <input type="checkbox"/> _____ 年 _____ 月 _____ 日 联系地址 _____ 省(自治区) _____ 市 _____ 区/县/旗 _____ 邮编 _____ 电话(区/号): <input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 办公 _____ 手机 _____ 续期交费方式: <input type="checkbox"/> 银行转账 <input type="checkbox"/> 自交 开户银行名称 _____ 账户名 _____ 银行账号 _____ 新投保人签名 _____																																				
8. <input type="checkbox"/> 其他																																					
请核实您的联系方式，如需变更请填写以下信息。您名下所有保单是否同时变更: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 联系电话 _____ 联系地址 _____ 省(自治区) _____ 市 _____ 区/县/旗 _____ 邮编 _____ 电子邮箱 _____ 其他资料信息变更内容 _____																																					

收付费方式

若您申请办理的保全项目涉及财务收付费，请填写收付费方式：
 现金 转账支票 网银支付 银行转账 开户行名称 _____ 户名 _____ 账号 _____

申请方式: 1 本人申请 2 委托服务人员代办 3 委托他人代办 4 其他 _____

新增附加险客户声明: 本人已认真阅读和理解新增险种条款，对条款内容特别是免除保险人责任的条款、合同解除条款均作了解并同意遵守。

若委托服务人员或他人代办请填写以下内容:
 _____ 全权委托 _____ (证件类型 _____ 证件号 _____)
 证件有效期至 _____) 办理以上指定申请事项，授权有效期限从 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 (委托日期同本申请书的申请日期)。本人同意接受上述委托并保证委托人的签名为亲笔签名，如有纠纷，本人自愿承担相应责任。

委托人签名: _____ 受托人签名: _____ 受托人联系电话: _____

投保人签名及电话: _____	被保险人或其监护人签名: _____	其他被保险人或其监护人签名: _____	生存受益人或其监护人签名: _____
-----------------	--------------------	----------------------	---------------------

代办人 / 协办人签名: _____ 代办人电话: _____ 业务代码: _____

以下由工作人员填写: 紧急件 普通件 受理人签名: _____ 受理日期: _____

健康财务告知书

如所投保险种不涉及投保人保险费豁免责任时，投保人告知栏无需填写。

健康告知事项（勾选为“是”时，请在说明栏中详细描述）	被保险人	投保人
1、原保险合同涉及的告知内容是否有不实之处？若“是”，请在说明栏中详细描述。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2、您在过去6个月内是否曾有过下列症状：反复头痛、眩晕、晕厥、咯血、胸痛、呼吸困难、呕血、黄疸、便血、听力下降、耳鸣、复视、视力明显下降、原因不明的皮肤或粘膜或齿龈出血、原因不明的发热、体重下降（3个月内超过5公斤）、原因不明的肌肉萎缩、身体的其他感觉异常或活动障碍等。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3、您在过去两年内是否做过血压、血液化验、心电图、X光、B超、超声心动图、CT、核磁共振、内窥镜及活体组织检查？若是，请在“说明栏”中注明检查原因、检查时间与检查结果。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4、您过去五年内是否曾住院诊疗？若有，请写明原因、时间、治疗结果及医院名称。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5、您是否目前或曾经患有，或被怀疑患有下列疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(1) 哮喘、慢性支气管炎、支气管扩张、肺气肿、肺结核、肺纤维化等呼吸系统疾病；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(2) 脑出血、脑梗塞、短暂性脑缺血、脑血管瘤、多发性硬化、重症肌无力、帕金森氏综合症、癫痫、精神分裂症、抑郁症等神经系统及精神疾病；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(3) 高血压、冠心病、风湿性心脏病、心脏瓣膜病、先天性心脏病、心肌病、主动脉瘤、心律失常等心血管疾病；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(4) 肝炎、肝炎病毒携带、肝硬化、消化道溃疡/出血/穿孔、结肠炎、胰腺炎等消化系统疾病；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(5) 血尿、蛋白尿、肾炎、肾病综合症、肾衰竭、肾囊肿、膀胱疾病、前列腺疾病等泌尿生殖系统疾病；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(6) 糖尿病、痛风、甲状腺疾病、脑垂体疾病、肾上腺疾病、白血病、血友病、再生障碍性贫血、紫癜等内分泌、代谢及血液系统疾病；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(7) 类风湿性关节炎、风湿病、强直性脊柱炎、白塞氏病、系统性红斑狼疮、肌肉营养不良症、免疫缺陷病（艾滋病或艾滋病病毒携带）等骨骼、肌肉、结缔组织疾病；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(8) 中耳炎、白内障、青光眼、视神经或视网膜病变等眼、耳、鼻、喉或口腔疾病；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(9) 恶性肿瘤、尚未证实为良性或恶性的肿瘤、息肉、肿块、囊肿、赘生物；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(10) 先天性疾病、遗传性疾病、脑外伤后遗症、内脏损伤、急/慢性中毒或职业病等；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(11) 以上未提及的疾病或症状。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6、身体残疾情况：您是否智能障碍？是否失明、聋哑、跛行、小儿麻痹后遗症？是否有脊柱、胸廓、四肢、五官、手指、足趾畸形或功能障碍？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7、您是否使用过任何成瘾药物，如镇静安眠剂、迷幻药、吸食有机溶剂或毒品？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8、您的父母、子女、兄弟姐妹中，是否有人患有癌症、糖尿病、多囊肝、多囊肾、血友病、精神疾病及其他遗传性疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
9、女性告知（≥14周岁填写）：		
(1) 您现在是是否怀孕？如是，（被保险人）已怀孕_____周；（投保人）已怀孕_____周。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(2) 是否患有或曾经患有阴道不规则出血、子宫肌瘤、子宫内膜异位症、卵巢囊肿、乳腺包块或肿块等女性疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(3) 是否被建议做宫颈涂片、乳房超声、X光、活检等。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
10、两周岁以下儿童（含两周岁）告知：		
(1) 出生时孕周_____周，身高_____厘米，体重_____公斤，出生时留院_____天，如超过7天，请详细说明；		
(2) 是否多胎、早产、难产、先天性疾病、遗传性疾病或畸形、体重不增或增长缓慢？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
财务和其他告知事项（以下项目13至17勾选为“是”时，请在说明栏中详细描述）	投保人	被保险人
11、您是否持有有效机动车驾驶证？若有，驾驶证类型为：_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
12、您是否拥有公费医疗、社会医疗保险或其他费用补偿型医疗保险？若有，具体类型为：_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
13、您是否已购买或正在向其他保险公司申请购买（指提交投保申请但保险公司还未正式签单）人身保险合同？若“是”，请详述保险公司名称、险种名称、保险金额及日期。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
14、您在过去投保人身保险时，或在申请保全复效时，是否被拒保、延期、加费、或对条款做特别约定，或申请过理赔？若“是”，请详述保险公司名称、险种名称、索赔金额、日期、原因及结果。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
15、您是否有参加飞行、潜水、跳伞、武术、拳击、赛车、特技表演、赛马等危险运动的爱好？若有，请详细说明项目、频次。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
16、您是否计划1年以内前往其他国家或地区？若有，请详细说明计划前往的国家或地区及时间。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
17、您是否负债超过200万元（自用房屋及车辆贷款除外）？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

说明栏	上述健康、财务和其他告知事项勾选“是”时，请注明序号及说明对象（被保险人/投保人），并在说明栏中详细说明。如经过治疗，请告知疾病名称、发病时间、治疗方法、治疗医院、最后治疗时间及现在情况。对本告知内容，我公司承担保密义务。		
	序号	说明对象	说明内容
声明栏	本人对上述各项内容均已理解并作出相应的如实告知，本人同意将此告知书作为原保险合同的一部分，如有告知不实，贵公司有权解除保险合同，对于合同解除前发生的保险事故，贵公司不承担保险责任。		
	投保人签名：_____		被保险人/法定监护人签名：_____
	签署日期：_____年_____月_____日		签署日期：_____年_____月_____日