



更换投保人告知书

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：	保全受理号：
原投保人姓名：	申请日期：            年        月        日

请填写以下新投保人基本资料：

姓名：	性别： <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	出生日期：	婚姻状况：	国籍：
证件类型：	证件号码：			
户籍所在地：	民族：	职业代码：	职业类别：	是否吸烟：
保单通讯地址变更为：		邮编：	固定电话：	
单位名称：	办公电话：	传真：	手机：	
Email：	年收入：	与被保险人关系：		
续期缴费方式变更	<input type="radio"/> 现金 <input type="radio"/> 银行转账（开户银行：_____ 账户持有人：_____ 账号：_____） 若您选择的续期缴费方式为转账，本公司视为您已仔细阅读并同意以下保险费自动转账授权声明： 1、 账户持有人须以本人真实姓名开立银行账户，并自愿授权和谐健康保险股份有限公司（以下简称本公司）使用指定银行账户（以下简称授权账户）用于续期保险费转账扣款； 2、 账户持有人须保证此账号真实有效并有足够的金额支付应缴保险费，若因授权账户错误、账户注销、账户金额不足或授权账户不符合本公司对授权账户要求而导致转账不成功，致使合同不能成立或不能持续有效，由此引起的保险责任概由账户持有人承担(为了避免清户，账户中余额要始终保持在 10元以上)； 3、 本公司不对该授权账户的失窃或冒领承担责任； 账户持有人若因故结清账户，应重新开立账户，并及时通知本公司进行变更。			

请投保人回答以下所有问题：

问题内容	投保人回答	若“是”请说明原因、日期、医院名称及诊治结果
1、您是否曾在投保医疗、意外或人寿保险时被拒绝、延期或附加条件承保？您是否有过保险索赔？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
2、您是否投保过住院医疗补贴型险种及住院医疗费用报销型的险种？目前您是否有社会医疗保险、商业医疗保险或其他医疗费用支付方式？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
3、在最近六个月内，您是否有任何身体不适症状和体征？如反复持续的发热、疼痛、眩晕、胸痛、咳嗽、咯血、腹痛、便血、紫斑、消瘦（体重三个月内下降超过5公斤）等？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
4、过去一年中您是否进行过体检机构、门诊或住院检查并发现结果异常？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
5、过去三年中您是否因病或意外伤害及其后遗症服用药物、手术或接受其它治疗？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
6、过去十年内您是否有过住院检查或治疗（包括入住养老院、康复医院等医疗机构）？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
7、您是否有智能障碍、失明、聋哑、跛行、脊柱或胸廓畸形、四肢缺损或畸形、重听、视力障碍（近视800度以上）等身体残疾情况？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
8、您的亲属中，是否有人患有癌症、高血压、心脏病、中风、肝硬化、肝肾囊肿、糖尿病、精神病或患肝炎（乙肝、丙肝、丁肝及其病毒携带者）、结核等传染性疾病，或因上述疾病死亡？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
9、两周岁以下少儿请告知：出生时有无难产、窒息，有无先天性、遗传性疾病或畸形？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
10、妇女补充告知：是否正在怀孕？如是，请说明：怀孕几周、有无妊娠异常？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
11、您是否有特殊嗜好？是否有使用违禁药物或滥用成瘾性药物？是否有过敏史？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
12、您最近二年是否在中国境外居住超过三个月？你最近六个月内是否拟往中国境外，且居住超过一个月？如是，请说明：居住/前往国家、出国原因、出境时间。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
13、您是否有参加飞行、潜水、登山、攀岩、赛车、赛马、武术比赛等危险活动？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
14、您是否持有机动车驾驶证？若有，请说明：驾照类型、所驾车型、车辆用途。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

请您仔细阅读并同意告知书中的声明后，在以下签名栏中签名：

新投保人（签名）：	被保险人或其监护人（签名）：	签署日期：
-----------	----------------	-------

为维护您的权益，请勿在空白的《健康告知书》上签名。签名前，请先核对所填写的资料。