

保险单号：_____

保单生效日：_____

投保人姓名：_____

被保险人姓名：_____

营销员姓名及代码：_____

营销服务部名称及代码：_____

《世纪泰康个人住院医疗保险》保证续保申请书

保证续保须知

1. 根据《世纪泰康个人住院医疗保险》条款规定，如投保人连续投保本合同满三年，投保人可向本公司书面申请保证续保。投保人依前述约定享有的仅是向本公司表达保证续保意愿的申请权，并不表示本公司必须接受投保人保证续保的申请。本公司接到投保人保证续保申请后，应对该申请进行审核。本公司审核保证续保申请时可要求被保险人体检或提供所需资料。本公司对投保人的保证续保申请审核后，可做出无条件接受保证续保申请或有条件接受保证续保申请的决定，亦可做出不接受保证续保申请的决定；
2. 投保人及被保险人亲笔填写《保证续保申请书》为唯一有效申请方式，其它方式的申请或行为均视为无效；
3. 投保人及被保险人应就本公司提出的询问据实告知，若有不如实告知，本公司保留解除保险合同及保证续保承诺的权利；
4. 本公司收到客户的保证续保申请书后，经本公司审核同意保证续保的，将寄发保证续保批单，以后各年度则不再继续寄发，这时保费收据是投保人保证续保继续有效的唯一凭证，若投保人未收到本公司寄发的保费收据，请及时向本公司索取；
5. 客户连续投保满三年，第四年及以后的连续续保年度，请客户在续保缴费宽限期内向本公司提出保证续保申请；
6. 不论投保人是否申请保证续保，本公司将根据投保人的授权，对本公司审核可以续保的保单，在保单到期日第二天通过银行划转保险费或接受客户现金缴纳的保险费，如在宽限期内本公司仍未收到客户的保险费，则合同终止；
7. 保证续保批单仅表示客户符合本公司要求的保证续保条件，客户需在宽限期内足额缴纳保险费后，《世纪泰康个人住院医疗保险》保证续保方生效；
8. 在保证续保期间，投保人须在每保险年度的保单终止日后 60 天内按时、足额缴纳保险费，如果在保单终止日后的宽限期内本公司没有收到投保人缴纳的保险费，则合同终止。若合同终止后投保人再次投保，将视为重新投保，必须再连续投保三年才能有资格再次申请保证续保，并经本公司审核同意后才能再次享受保证续保待遇。

保险合同变更申请书

1. 投保人变更。新投保人：_____，性别：__，年龄：____周岁，出生日期：_____，家庭地址：_____，邮编：_____，电话：_____，身份证号码：_____；
2. 保障计划的变更。
基本部分：由原_____档变更为_____档； 可选部分：由原_____档变更为_____档；
3. 收费地址变更。新收费地址：_____ 邮编：_____；
4. 其它变更。
_____。

保证续保保险费自动转帐声明书

若被保险人能进入保证续保，本人同意贵公司在每年续保到期时通过银行自动转账的方式按时、足额划转续保保费（开户行_____ 开户人_____ 转账账号：_____）。

投保人签章：

保证续保健康与职业声明书

<p>请对被保险人的情况如实告知；对本声明书及告知内容，本公司承担保密义务。</p> <p style="text-align: center;">询问事项</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 近期状况：最近六个月是否有新发的或以往曾有的任何身体不适，如：反复头痛、眩晕、胸痛、咳嗽、咯血、气喘、腹痛、便血、紫斑、消瘦（体重在3个月内下降超过5公斤）； 2. 在过去五年内，有无接受过医师的诊治？对其结果医师是否提出检查、治疗、住院或手术建议； 3. 在过去五年内，有无接受健康检查？检查结果有无异常？ 4. 在过去五年内，有无遭受任何的意外伤害？至今是否痊愈，有无留有残疾或后遗症？ 5. 在过去五年内，从事职业有无发生变化？ 6. 有无自行服药而未到医院诊治的情况（若有，请在备注栏内说明服用药物的原因、药物的名称及时间）？ 7. 是否患有、被怀疑患有或接受治疗过以下一种或几种疾病？若是，请注明疾病名称、症状、医院名称、治疗时间和结果： <ol style="list-style-type: none"> (1) 精神疾病、神经官能性疾病、癫痫病、肢体麻痹等； (2) 脑部疾病：如脑动脉血管瘤、脑动静脉畸形、短暂性脑缺血、脑外伤后综合症等； (3) 眼部疾病：白内障、青光眼、视神经或视网膜病变等； (4) 呼吸道疾病：如支气管炎、肺气肿、支气管扩张、肺结核、哮喘、胸膜炎、气胸； (5) 心血管疾病：如高血压（指血压的收缩压>140mmHg舒张压>90mmHg，或其中一项超过以上值）、冠心病、风湿性心脏病、风湿热、主动脉瘤、肺心病、心肌炎、心律失常等； (6) 消化系统疾病：如肝炎、脂肪肝、肝硬化、胰腺疾病、慢性胃炎、肠炎、消化道溃疡或出血、溃疡性结肠炎、疝、肠梗阻、痔疮等； (7) 肾脏疾病：如肾炎、肾小球疾病、肾病、肾功能衰竭、肾囊肿等； (8) 内分泌疾病：如糖尿病、甲状腺疾病、甲状旁腺疾病、肾上腺疾病、脑垂体异常； (9) 癌症、良性肿瘤、息肉、囊肿、结石、血管瘤、紫癜症、贫血、类风湿性关节炎、风湿病、红斑狼疮、免疫性疾病、免疫缺陷病（艾滋病或艾滋病带原）； (10) 有无以上未提及的其它疾病。 8. 妇女补充告知栏：最近6月是否有乳房或淋巴肿大、肿块、疼痛、血性溢乳等不适感觉或异常发现；最近6月是否有月经不调、阴道不规则流血、白带异常、下腹痛等不适感觉或异常发现；过去曾否患乳房、子宫、子宫内膜移位、卵巢等疾病而接受医师的诊查、治疗、用药、或住院手术； 9. 是否使用过任何成瘾药物，如镇静安眠剂、迷幻药、吸食有机溶剂和毒品；是否有过敏史； 10. 有无吸烟；若有，请说明：每天 支，约 年； 11. 有无饮酒；若有，请说明：酒的种类 ，酒精 度，饮酒量 两/周，约 年； 12. 家族史栏：父母、子女、兄弟姐妹中，是否有人出现上述第7项的情况。 	被保险人 是 否
<p>保险经历告知</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. 是否还购买过其它保险公司的人身保险？ 14. 是否在其它保险公司或社保机构有过保险索赔的经历或目前正在索赔？是否有被拒赔的情形？ 15. 是否有过投保医疗险、人寿保险、意外险时被拒绝、延期或附加条件承保的情形？ 	

备注栏（对以上各项回答为“是”的，请注明序号并详细说明）：

客户声明栏

1. 同意将此《保证续保申请书》及所有保证续保的申请资料作为保险合同的组成部分。
2. 本人已认真阅读并理解上述各询问事项，且作如实告知。若因未告知事项或告知内容不实，足以影响保险人决定是否同意保证续保或有条件续保的，保险人有权解除本保险合同及保证续保承诺，并对解除前发生的保险事故不承担保险金给付责任。

投保人签章：

被保险人签章（未成年人由监护人代签）：

日期：

日期：

核保意见：

核保员：

日期：