



## 更换投保人声明

和谐健康保险股份有限公司：

因保险合同（合同号：\_\_\_\_\_）的投保人：\_\_\_\_\_于\_\_\_\_\_年  
\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日身故，现提出更换投保人。

### 保险合同相关权益的继承方式：

法定继承

现有投保人的法定继承人父亲：\_\_\_\_\_、母亲：\_\_\_\_\_、配偶：\_\_\_\_\_、子  
女：\_\_\_\_\_（如果有多个成年子女，需列明），  
被保险人\_\_\_\_\_同意由\_\_\_\_\_（身份证号：\_\_\_\_\_）  
成为保险合同（合同号：\_\_\_\_\_）的新投保人，其他法定继承人同意放弃保  
险合同的相关权益。

遗嘱继承

现有投保人的遗嘱继承人\_\_\_\_\_（须写明与原投保人的关系），  
被保险人\_\_\_\_\_同意由\_\_\_\_\_（身份证号：\_\_\_\_\_）  
成为保险合同（合同号：\_\_\_\_\_）的新投保人，其他遗嘱继承人同意放弃保  
险合同的相关权益。

被保险人同意更换投保人，并同意由新投保人继续享有保险合同权利、履行保险合同义务。

其他说明：

签名确认	被保险人：
------	-------

法定继承 签名栏	父亲：	母亲：	配偶：
	子女：		

遗嘱继承 签名栏	继承人：
-------------	------

注：

- 1、如果法定/遗嘱继承人中有一位或多位已身故，需在其他说明栏中作出说明。
- 2、如果继承方式为遗嘱继承，须提供公证遗嘱或者经所有法定继承人签字认可的遗嘱原件。