



如需了解友邦保险有限公司在华各分支公司的偿付能力相关信息，请扫描二维码进行查询。



友邦团体保险续保申请书

A. 投保人信息

投保人名称	上一年度保险单号
	保单到期日
保单类型	<input type="checkbox"/> 员工福利组合计划 <input type="checkbox"/> 员工福利定制计划 <input type="checkbox"/> 员工自选计划

B. 续保保险利益信息

续保决定	<input type="checkbox"/> 与上一年度保单下保障方案及费率保持一致 <input type="checkbox"/> 不与贵公司续保 <input type="checkbox"/> 方案/费率变更申请（勾选此项，需填写如下具体保障详情，若保险计划超过三个，可附页） *续保人员清单请填写《友邦团体保险被保险人清单》					
保险产品名称	计划名称：		计划名称：		计划名称：	
	被保险人职务/职位描述：		被保险人职务/职位描述：		被保险人职务/职位描述：	
	() 人		() 人		() 人	
	基本保额	免赔额/赔付比例	基本保额	免赔额/赔付比例	基本保额	免赔额/赔付比例
计划保险费总计（含税）：	（小写）：		（小写）：		（小写）：	
*初算保险费总计 （含税）：	（小写）：		（小写）：		（小写）：	
	（大写）：		（大写）：		（大写）：	

C. 特别告知或约定（若无内容，请注明“无”；若有告知事项，请填写完毕后在下方的空白部分注明“以下空白”）

--

D. 投保人告知信息

*投保人网上查询及业务办理功能： <input type="checkbox"/> 与上一年度保单一致（若不勾选，默认为“与上一年度保单一致”）	
<input type="checkbox"/> 变更（若需变更，请填写如下绑定邮箱相关信息）	
网上服务申请绑定邮箱	若多个分支机构投保，是否开通全部分支机构在网上办理相关业务（若不勾选，均默认为“开通全部分支机构”）
<input type="checkbox"/> 开通 <input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 变更	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，只开通_____
<input type="checkbox"/> 开通 <input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 变更	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，只开通_____
（投保人同意上述用户申请账号，该用户将可完整查询本续保申请保单下被保险人个人基本资料，保险利益等其他相关信息，并可在友邦的服务网站上提交相关业务申请。所有经该绑定邮箱所提交的申请、信息、资料及确认等内容均视同投保人提供。因上述授权发生的任何损失、错误及过失均由投保人承担。）	

E. 投保人告知信息

*1. 近一年有无因患病或其他健康原因不能工作连续达 10 个工作日或减轻劳动量的成员？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
*2. 目前是否有成员尚在住院或病假中？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
*3. 目前是否有成员存在身体残疾或精神障碍？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
*4. 参保成员中是否有从事高空作业（距坠落高度基准面 2 米或 2 米以上）	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
*5. 现在或过去是否有患肿瘤、癫痫、脑震荡、精神病、心脏病、高血压、血管硬化、中风、糖尿病、肾病、性病等生殖泌尿系统疾病、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、艾滋病等病症或任何其他严重疾病的成员？如是，请说明。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
*6. 是否有成员正在怀孕？正在怀孕的人数及其预产期？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
*7. 是否有为未成年被保险人投保以死亡为给付保险金条件人身保险的情况？ 如答案为“是”，需另行提供该成员父/母签署的《团险未成年人投保个人声明》。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
请投保人如实告知，除第 7 项外，如上述各项问题中任何答案为“是”，需另行提供上述成员清单及该成员签署的《友邦团体保险被保险人健康告知书》。		

F. 投保人声明与授权

- 1、 本投保人根据国务院保险监督管理机构的相关规定及保险合同的约定为符合投保资格的被保险人投保保险产品。
- 2、 所有被保险人均必须为本投保人的全职并仍在之成员或其家属。
- 3、 本投保人承诺，所有被保险人已同意投保人为其投保。
- 4、 本投保人确认在填写本申请书时，已就保险责任、责任免除、（疾病）等待期、免赔额、赔付比例、保险金申请、解除合同等所有情况向被保险人作了明确说明。
- 5、 本投保人认真阅读并理解投保产品的保险责任、责任免除、（疾病）等待期、免赔额、赔付比例、保险金申请、解除合同等内容，并已知晓保险责任均以保险合同所载为准。
- 6、 为未成年子女投保的人身保险，身故给付的保险金额总和约定、身故实际给付的保险金额总和均不得超过国务院保险监督管理机构规定的限额。
- 7、 涉及为未成年被保险人投保的情况，本投保人声明已向主被保险人（未成年人的父母）说明了所投保之保险内容及未成年人身故保险金额的有关政策规定，且已获得其同意由本投保人为其未成年子女投保上述保险。
- 8、 凡《友邦团体保险合同变更申请书》和《团体保险被保险人健康告知书》的陈述及随后职级的变更，均视为本投保人的告知和本申请书的组成部分，亦为贵公司的核保凭证。
- 9、 在填写本申请书及提供相关成员资料时，若有任何虚报或陈述不实，除法律另有规定外，贵公司有权拒绝给付相应保险金的申请。
- 10、 本投保人同意承担被保险人未能偿还予贵公司的任何欠款。
- 11、 贵公司须遵守或同意遵守相关法律、法规、监管规定或其他要求（以下简称“报告要求”）。因此，本投保人同意并授权贵公司基于上述报告要求将本投保人的信息或资料提供给任何政府部门、监管机构或/或第三方。同时，本投保人同意并授权贵公司持有、使用本投保人所提供的全部资料，以及同意并授权贵公司将该资料提供及披露予与贵公司有关联的个人或组织或任何被选择的境内外第三方，用以处理本保险申请、提供客户服务及推荐产品和服务或用于公益目的；若本投保人提供的资料中包含被保险人及受益人的资料和信息，本投保人应确保获得被保险人及受益人的同意及合法有效的授权。
- 12、 本投保人已知晓：1) 若因被保险人及受益人资料和信息授权的授权以及与此相关的使用而产生的纠纷、损失、损害或要求赔偿，本投保人将承担全部的法律费用；2) 倘若本投保人未能提供本申请书及投保申请所需的资料，贵公司将无法处理有关申请。
- 13、 本投保人有权向贵公司查询及申请更正所有被保险人的个人资料。
- 14、 本投保人及所有被保险人对本申请书及保险合同的所有内容已完全了解，同意签订本申请书及保险合同并同意接受本申请书及保险合同的约束。在保险合同有效期内，投保人将承担因被保险人未经其本人同意并认可为其投保所引起的一切法律责任。
- 15、 本投保人已知晓，若贵公司根据中国银行保险监督管理委员会相关规定而更新公司产品条款，本投保人可进入贵公司官网<http://aia.com.cn>，点击【公开信息披露】-【产品基本信息】查阅保险合同下更新后的产品条款内容。
- 16、 本投保人已知晓，如若续保上述保险合同，本投保人应于上述保险合同届满日之前提出续保申请，且应在上述保险合同届满日之后 60 天内缴纳续保保费。若本投保人未能在上述保险合同届满日之前提出续保申请，或未能在上述保险合同届满日之后 60 天内缴纳续保保费，上述保险合同自其保险届满日次日零时起终止。
- 17、 本投保人已知晓，针对存在团险转换产品的保险合同，应于上述保险合同届满日之前确认续保意愿，否则将影响符合团险转换条件的员工及其家属的团险转换权益，符合团险转换条件的员工及其家属申请团险转换的截止日为上述保险合同届满日后 30 天内。
- 18、 若贵公司有产品调整，本投保人愿意根据贵公司产品调整方案升级到贵公司新产品，并已知晓和确认新产品条款内容。
- 19、 针对员工自选计划的保险合同，为了保障本投保人所有参与自选计划员工的保障利益可以顺利延续，友邦保险将于本合同届满日之前主动联系本投保人协商该计划的续保事宜，本投保人需在本合同届满日之前书面确认续保方案及续保名单。为保障被保险人的利益，若截止本合同届满日，友邦保险未收到本投保人的书面确认，且本投保人亦未就续保事宜提出任何书面异议，友邦保险视为本投保人同意按友邦保险在与本投保人协商续保事宜时提供的续保方案和续保名单予以续保。友邦保险可在本合同届满日以短信/微信方式按上述最新续保名单通知本投保人工关续保事宜，并从做出续保选择的员工本人已授权的银行账户自动扣缴员工（及其家属）的下一保险期间保险费用。

为维护投保人的利益，请勿在空白申请表上签署盖章。签署盖章前，请再次核对所填资料。本申请表涂改无效。

经办人签署及投保人公章

见证保险营销员/保险经纪公司/
保险代理公司签署

签署地/签署日期

业务渠道	<input type="checkbox"/> 营销员	<input type="checkbox"/> 中介	<input type="checkbox"/> 直销	<input type="checkbox"/> 其他
营销员/中介：	姓名：	编号：	营销服务部/组号：	联系电话：
递交资料				