



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。

友邦团体员工福利保险续保申请书

A. 投保人信息

投保人名称	保险合同编号
-------	--------

B. 续保保险利益信息

续保决定	<input type="checkbox"/> 原方案续保 <input type="checkbox"/> 终止续保 <input type="checkbox"/> 续保方案变更（勾选此项，需填写如下具体保障详情，若保险计划超过四个，可附页）					
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）：		（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

*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》。		

E. 投保人声明

<p>1、本申请书和有关问卷及文件均为完整并确实无误, 并成为缮发保险合同的依据。若未履行如实告知义务, 任何依据上述资料所缮发的保险合同及批注均属无效。</p> <p>2、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, 本公司可进入贵公司官网 http://aia.com.cn, 点击【公开信息披露】-【产品目录及条款】查阅保险合同下更新后的产品条款内容。</p> <p>3、本投保人已知晓, 为保证上述保险合同项下的被保险人及附属被保险人继续享有保障和服务, 本投保人需于保险合同期满日之前提出续保申请并确认续保意愿。若本投保人未能在保险合同期满日之前提出续保申请并确认续保意愿, 贵公司有权重新核定续保保单的生效日、保险方案, 并重新计算责任免除、等待期等事项。</p>
--

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:	姓名:	编号:	营销服务部/组号:	联系电话:
递交资料				