《友邦团体保险被保险人清单》

投保人填写：

投保单号/保险合同编号:	投保单位名称：

填写须知：

1. 此表格须由投保人如实填写，并在“经办人签署及投保人公章”处加盖公章，于被保险人投保/新增、被保险人资料变更或被保险人被保资格终止时递交予本保险公司。被保险人的申请需经本保险公司同意后方可生效，逾期递交，本保险公司有权要求投保人或该被保险人提供最新可保证明或其他相关资料。此表格不够填写，可自行复印。填写字迹务必清晰。
2. 被保险人新增时，带*项为必填项。
3. 被保险人终止时，(1)、(4)、(8)和(12)项为必填项。
4. 被保险人信息变更时，需填写(1)、(4)、(8)和相应的变更项，如有需要请在特别说明中对变更内容进行补充说明。涉及姓名、证件号、性别或出生日期变更时，请提供被保险人有效身份证件复印件。
5. 被保险人新增、变更保障时，投保人须如实填写“投保人告知事项”。如被保险人投保友邦高端医疗系列产品，除提供本清单外，还须另外填写相应的健康告知书。
6. 享有直付服务的被保险人申请退保时，需将直付卡收回并寄还本保险公司。
7. 为未成年被保险人投保的人身保险，因被保险人身故给付的保险金总和不得超过国务院保险监督管理机构规定的限额，故身故给付的保险金额总和约定也不得超过前述限额。
8. 被保险人和家属都必须填写证件类型与证件号码。针对未成年人：有效证件号码为身份证号码（见身份证或户口簿）。若小于一周岁且暂无身份证号码时，可使用其出生证号码；若一周岁以上（含周一岁）仍使用出生证码，需书面说明原因并提供出生证明复印件。
9. 主被保险人填写的手机号码用于接收个人缴费通知、理赔通知等短信相关信息。如投保员工自选计划，主被保险人及其家属均需填写手机号码。
10. 本表格中的生效/终止日期以本保险公司最终审核同意的生效/终止日期为准。生效日期均为当日0时生效，终止日期均为当日24时生效。

*(1)	(2)	(3)	*(4)	(5)	(6)	*(7)	*(8)	(9)		*(10)	*(11)	(12)	* (13)	(14)	*(15)	(16)
①新增 ②终止 ③变更	被保险人编号/工号	分支机构名称	被保险人姓名	家属姓名 仅供家属计划填写	关系 仅供家属计划填写	证件类型	证件号码 （如填写身份证号码，必须为18位）	性别 非身份证必填	出生日期 非身份证必填	职位/职务	保险计划	生效/终止日期 仅定制计划填写	是否拥有当地医保 是/否	月薪 （仅薪资倍数计划填写）	手机号码	其它信息 （如劳动合同生效日、国籍、婚姻状况、邮箱等）

投保人告知事项（适用于新增人员或变更保险计划）：

*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？	□是	□否
*2. 目前是否有成员尚在住院或病假中？	□是	□否
*3. 目前是否有成员存在身体残疾或精神障碍？	□是	□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）？	□是	□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。		
*6 是否有成员正在怀孕？正在怀孕的人数及其预产期？	□是	□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》。	□是	□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》。	□是	□否

投保人及被保险人声明与授权：

1. 本投保人明确了解本清单正面所述的“填写须知”内容。
2. 本清单构成原投保单的组成部分。
3. 在填写本清单及提供上述信息和资料时，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。
4. 本投保人已告知各被保险人本次保险申请的所有事宜，并已获得各被保险人的同意。
5. 涉及为未成年人作为附属被保险人投保的情况，本投保人声明已向主被保险人即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。
6. 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、监管机构和/或第三方。同时，本投保人应确保在获得被保险人的同意和合法有效授权后同意及授权贵公司持有、使用本投保人提供的被保险人资料，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;若因被保险人资料和信息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责任。

经办人签署及投保人公章	申请日期	保险营销员签名	保险营销员编号	保险营销员联系电话