



* (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	关系	证件类型	证件号码	性别	出生日期	职位/职务	保险计划	生效/终止日期(零时生效)	是否拥有当地医保	月薪(仅薪资倍数计划填写)	手机号码	其它信息
				仅供家属计划填写			(如填写身份证号码, 必须为18位)	非身份证必填				仅定制计划填写	是/否			(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):**

*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》。		

**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