

友邦江苏营销员自选重疾计划新增及变更申请表 2018 版

公司名称：友邦保险有限公司江苏分公司 保单编号：G120027635 营销员编号：_____

被保险人	变更类型 1 新增/2 变更/3 终止	被保险人姓名	身份证号码														目前职级	变更后保险计划				
员工																						
配偶																					---	
子女																					---	
子女																					---	
子女																					---	

保障内容	营销员			配偶		子女		特殊计划 (投保须知第四条)
	计划一	计划二	计划三	计划一	计划二	计划一	计划二	
团体定期寿险	200,000	300,000	500,000	200,000	300,000	20,000	20,000	---
团体意外伤害保险(2014 版)	200,000	300,000	500,000	200,000	300,000	---	---	200,000
附加三十四种重大疾病团体疾病保险	200,000	300,000	500,000	200,000	300,000	200,000	300,000	---
公共交通团体意外伤害保险(2014 版)	200,000	300,000	500,000	200,000	300,000	---		200,000

计划三仅供业务主管级别营销员(A1-M3) 以及销售经理级别营销员 (L1-L4) 选择。

健康告知：若勾选是，需进一步填写《友邦团体保险被保险人健康告知书》，保险公司将根据健康告知书以及后续的医学核保流程决定是否承保或拒保	员工		配偶		子女	
	是	否	是	否	是	否
*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？						
*2. 目前是否有成员尚在住院或病假中？是否正在怀孕？						
*3. 目前是否有成员存在身体残疾或精神障碍？						
*4. 参保成员中是否有从事高空作业的人员？						
*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。						

被保险人姓名	身故受益人	与被保险人关系	受益份额及手机号	身份证号码																

员工签署 _____ 配偶签署 _____ 时间 _____

营销员自选方案保障内容及月交保险费一览表

产品\计划	营销员	营销员	营销员	配偶	配偶	子女	子女	特殊人员 计划
	计划一	计划二	计划三	计划一	计划二	计划一	计划二	
定期寿险	200,000	300,000	500,000	200,000	300,000	20,000	20,000	---
意外伤害保险	200,000	300,000	500,000	200,000	300,000	-		200,000
三十四种重大疾病	200,000	300,000	500,000	200,000	300,000	200,000	300,000	---
公共交通意外伤害保险	200,000	300,000	500,000	200,000	300,000	-		200,000
年龄段\月缴费率:	计划三仅供主管营销员(经理级/总监级)以及销售经理级别营销员选择。							
<16						15.6	22.6	
16-23岁子女						24.8	35.8	
16-30	44	66	110	44	66			10
31-35	60	90	150	60	90			10
36-40	94	141	235	94	141			10
41-45	132	198	330	132	198			10
45-50	188	282	470	188	282			10
51-55	264	396	660	264	396			10
56-60	392	588	980	392	588			10

投保须知:

- 1) 新人入司请于签约 1 个月以内提交此申请到团险部。
- 2) 保单中途不做变更, 只能于每年 1.1-1.25 之间提交申请, 并于当年 2.1 生效(重大理赔发生、营销员入司/离职、子女出生满 90 天、婚姻关系变化除外);
- 3) 营销员参保年龄为 18~60 周岁, 配偶为 20~60 周岁, 子女为出生后 90 天~18 周岁(全职学生可至 23 周岁);
- 4) 曾患重疾的营销员, 在保单周年日时经过核保同意可投保计划六, 请填写计划变更, 其家属可以正常投保。曾患重疾的家属在续保时将终止。
- 5) 所有被保险人均需按照《营销员及家属自愿参保团体保险计划申请表》如实填写健康告知, 若有勾选“是”, 需进一步填写《友邦团体保险被保险人健康告知书》, 保险公司将根据健康告知书以及后续的医学核保流程决定是否承保或拒保;
- 6) 本次自选保障计划将从您的税后佣金收入, 或者授权银行账户中, 扣除您本人保险计划相应的保险费。如营销员离职, 则正式离职日期当月的保费将不予扣除, 亦不承担当月的保险责任;
- 7) 如当月扣费失败, 将滚动到下个月一起扣费。如扣费失败, 则自保险费约定支付日的次日零时起六十日为宽限期。如宽限期结束后仍未扣到保险费, 则本保险终止。

自选计划特别约定:

产品	等待期	既往症免责期	免可保证明限额
友邦团体定期寿险/GTL	无	12 个月	0
友邦附加三十四种重大疾病团体疾病保险/GCIR34	3 个月	合同有效期	0