



如需了解友邦人寿保险有限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	☐ 员工福利组合计划 ☐ 员工福利定制计划 ☐ 员工自选计划		

B. 续保保险利益信息

续保决定	☐ 与上一年度保单下保障方案及费率保持一致 ☐ 不与贵公司续保 ☐ 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）：		（大写）：			

C. 投保人增值税发票信息

*投保人增值税发票信息	☐ 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”） ☐ 变更（若需变更，请填写如下增值税发票信息）		
开票对象	投保人		
*纳税人类型	☐ 增值税一般纳税人 ☐ 增值税小规模纳税人 ☐ 非增值税纳税人		
*发票类型	☐ 增值税普通发票（电子版） ☐ 增值税普通发票（纸质版） ☐ 增值税专用发票 注：1、只有增值税一般纳税人可选择开具增值税专用发票。2、若选择电子发票，请确保已开通投保人网上查询及业务办理功能。		
*纳税人识别号 （国税税务登记号）			
*开户银行名称		*开户银行账号	
*税务登记电话		*税务登记地址	

D. 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”）

E. 服务项目开通信息

*投保人网上查询及业务办理功能：☐ 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”）

☐ 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”）
	☐ 是 ☐ 否，只开通_____
	☐ 是 ☐ 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，并可在友邦人寿的服务网站上提交相关业务申请。所有在友邦人寿的服务网站上提交的申请、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。）

*职场健康与安全防护管理服务平台（若不勾选，默认为“与上一年度保单一致”）：

☐ 与上一年度保单一致 ☐ 变更（若需变更，请填写如下绑定邮箱相关信息） ☐ 取消

职场健康与安全防护管理服务平台绑定邮箱 （若不填写，则默认与“网上服务申请绑定邮箱”账号一致）	若多个分支机构投保，是否开通全部分支机构在网上进行相关操作 （若不勾选，均默认为“开通全部分支机构”）
	☐ 是 ☐ 否，只开通_____
	☐ 是 ☐ 否，只开通_____

（投保人确认以上邮箱为职场健康与安全防护管理服务平台登陆账号。）

考虑职场健康与安全防护管理工作的专业性，建议提供实际负责此项工作的人员邮箱作为职场健康与安全防护管理服务平台的绑定邮箱。

*开通被保险人理赔相关服务功能：（若不勾选，均默认为“开通”）

1. 理赔申请线上提交服务功能：☐ 开通 ☐ 不开通

（仅针对含境内门急诊保险责任的医疗险产品且申请理赔金额小于 3000 元人民币的团险理赔申请；该服务功能适用的保险产品、理赔申请类型、金额限定等其他规则及具体要求以本保险公司届时之规定为准）

2. 理赔结果通知服务功能：

理赔短信通知：☐ 开通 ☐ 不开通

理赔邮件通知：☐ 开通 ☐ 不开通

（邮件地址与手机号码请在《友邦团体保险被保险人清单》中详细填写）

若投保人同意开通以上服务功能，则投保人应获得所有被保险人就开通上述服务功能的明确授权，并确保授权合法有效。

F. 投保人告知信息

*1. 所有被保险人中是否存在非本投保单位全职的成员或其家属？ 如勾选是，需另行说明具体原因。	☐ 是	☐ 否
*2. 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
*3. 目前是否有成员尚在住院或病假中？	☐ 是	☐ 否
*4. 目前是否有成员存在身体残疾或精神障碍？	☐ 是	☐ 否
*5. 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
*6. 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。	☐ 是	☐ 否
*7. 是否有成员正在怀孕？正在怀孕的人数及其预产期？	☐ 是	☐ 否

