



《友邦团体保险被保险人清单》

收件日期盖章

投保人填写:

保险合同编号: G□□□□□□□□□□	投保人名称:	联系人:	联系电话:
---------------------	--------	------	-------

填写须知:

- 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,于被保险人新增、被保险人资料变更或被保险人被保资格终止/转移后三十日内递交予本保险公司。被保险人新增申请需经本保险公司同意后才能成为本保险合同的被保险人,逾期递交,本保险公司有权要求投保人或被保险人提供最新的可保证明。此表格不够填写,可自行复印。填写字迹务必清晰。
- 被保险人新增时,带*项为必填项。
- 被保险人被保资格终止时,仅需填写(1)、(4)、(8)和(12)项。
- 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,需提供被保险人有效身份证件复印件。
- 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产品,除提供本清单外,还须另外填写相应的健康告知书。
- 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,身故给付的保险金额总和约定也不得超过前述限额。
- 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)仍使用出生证号码,需书面说明原因并提供出生证明复印件。
- 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。
- 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,且生效/终止日期均为当日零时生效。

* (1)	(2)	(3)	* (4)	(5)	(6)	* (7)	* (8)	(9)		* (10)	* (11)	* (12)	* (13)	(14)	* (15)	(16)
①新增	被保险	分支机	被保险人	家属	关系	证件	证件号码	性别	出生	职位/	保险计	生效/终止日期	是否拥有	月薪	手机号码	其他信息
②终止	人编号/	构名称	姓名	姓名		类型	(如填写身份证号		日期	职务	划	(零时生效)	当地医保	(仅薪资倍数		(如劳动合同生效日、国
③变更	工号			仅供家属计划填写			码, 必须为18位)	非身份证必填				仅定制计划填写	是/否	计划填写)		籍、婚姻状况、邮箱等)



-接正面-保险合同编号: G □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

* (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 (如填写身份证号 码, 必须为18位)	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	其他信息 (如劳动合同生效日、国 籍、婚姻状况、邮箱等)
				仅供家属计划填写				非身份证必填				仅定制计划填写	是/否			

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：

<p>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赔偿责任。</p>				
_____	_____	_____	_____	_____
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