

# 声 明 书

友邦人寿保险有限公司深圳分公司：

投保人\_\_\_\_\_于\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
投保贵公司的团体保险（投保单号/保险合同编号\_\_\_\_\_），  
由于\_\_\_\_\_的原因，且本单  
位/公司声明如下：

自\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日起至贵公司收到本《声明书》且本单  
位/公司缴纳足额保险费之日止，本单位/公司的所有参保员工均未发生任  
何身故、伤残及重大疾病相关保险事故；**若存在前述相关保险事故的，贵  
公司不承担保险合同给付的责任。**

\_\_\_\_\_  
经办人签署及投保人公章

\_\_\_\_\_  
见证保险营销员/保险经纪公司/

\_\_\_\_\_  
签署地/签署日期

\_\_\_\_\_  
保险代理公司签署