



# 高端医疗保险专用申请书

友邦人寿

收件盖章



保险合同编号:

签发保单机构

**申请书填写须知:** 1) 请使用黑色、蓝色钢笔或签字笔在本次申请的项目前打“√”，使用正楷清晰、完整的填写您所申请的内容。申请内容不得涂改。2) 为维护您的权益，请勿在未经您填写的申请书上签名。签名前请再次核对新填写的内容。所有保险责任以合同所载为准，除由本公司经正式程序修改或批注之内容外，其他任何人的口头及书面陈述、报告或合约，本公司无需负责。3) 申请人签名须为客户本人亲笔签名，并与原留存于本公司的签名样本一致。未成年被保险人须由其法定监护人代为签署。4) 在填写客户资料时，涉及以下内容的请使用相应的**数字代码**表示。

**证件类型:** 1-身份证 2-军官证 3-护照 4-港澳居民来往内地通行证 5-台湾居民来往大陆通行证 6-港澳居民居住证 7-台湾居民居住证

0-其他 (请在下表相应栏位补充完整)

原投保产品:  友邦传世无忧II  友邦传世无忧2020  友邦传世无忧III/友邦传世无忧III荣耀版  友邦传世无忧(2021)/友邦传世无忧荣耀(2021)

保险产品申请(300)

本人申请投保以下产品的保障计划: (以下请勿重复选择)

- |                                    |                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> 传世无忧(2021)   | <input type="radio"/> 传世无忧(2021)   | <input type="radio"/> 传世无忧(2021)   |
| <input type="radio"/> 传世无忧荣耀(2021) | <input type="radio"/> 传世无忧荣耀(2021) | <input type="radio"/> 传世无忧荣耀(2021) |
| <b>基本部分</b>                        | <b>基本部分+门急诊费用补偿金</b>               | <b>基本部分+门急诊费用补偿金+牙科医疗补偿金</b>       |

保障区域 & 就诊医院	<input type="radio"/> 全球除美国		<input type="radio"/> 全球 包含昂贵医院	
	<input type="radio"/> 包含昂贵医院	<input type="radio"/> 不包含昂贵医院		
年度起付金额	<input type="radio"/> 无起付金额	<input type="radio"/> 有起付金额	<input type="radio"/> 无起付金额	<input type="radio"/> 有起付金额
	选择有起付金额时, 传世无忧 III 的起付额为 10,000 元; 传世无忧 III 荣耀版的起付额为 12,800 元。			

申请上述产品保障计划的, 本公司将直接使用上一保险期间已提供的投保信息。若相关信息发生更新的, 请一并填写以下信息资料完成更新。

**个人资料更新** 投保人、被保险人资料更新时, 公司审核通过后将同步更新该客户所有保险合同的相关信息。 **根据客户资料按需填写以下三项中所涉及的内容**

被保险人资料(BG024)  投保人资料(BG002)  职业变更(750)

第一项: 个人基本信息	姓(中文)	名(中文)	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	国籍
	<b>高端医疗保险被保险人填写</b>				
	姓(拼音)	名(拼音)	出生日期	年 / 月 / 日	
	证件类型 (填代码)	证件有效期	年 / 月 / 日	去年全年收入(包括基本工资、奖金、分红和红利)	人民币: 万元
	证件号码	使用居住证须填写 通行证号码			
第二项: 职业信息	现职务	职业代码	现职务任职起期	年 / 月 / 日	
	现服务单位名称				
第三项: 签名变更	此项变更适用于 <b>签名样本变化/姓名变更</b> 。 请在下方提供新的签名样本, 经公司审核通过后将同步更新该变更签名人名下所有有效保险合同的签名样本。				
	投保人的 新签名样本	被保险人的 新签名样本			

**费用补偿型医疗保险合同转换(760)**

**被保险人是否拥有公费医疗或基本医疗保险?**  
注: 基本医疗保险指城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗等政府举办的基本医疗保险项目。

是, 申请为公费医疗或基本医疗保险身份投保。  
 否, 申请为非公费医疗且非基本医疗保险身份投保。

**指定款项抵付保险费(BG023)**

1. 有效期内任意时间, 已投保本公司提供本项选择的特定产品的投保人可提出本项申请。2. 本保险产品与指定款项来源的保险合同的投保人必须为同一人。3. 本保险产品为非保证续保产品, 保险期间参照合同约定。本申请适用的保险费的抵付, 应在投保人已申请投保本保险合同且本公司同意的条件下进行。保险费约定支付日时的保险费存在调整因素, 具体金额以本公司发出的最新《支付保险费通知书》为准。4. 若申请指定款项来源为万能个人账户价值的, 本公司将按约定, 在保险费约定支付日从指定款项来源合同中按部分领取个人账户价值的方式自动提取等值于届时保险费的金额, 用于支付保险费; 若申请指定款项来源为特定保险产品自动降低基本保险金额退出的现金价值的, 本公司将按约定, 在保险费约定支付日从指定款项来源合同中按降低特定产品基本保险金额的方式提取等值于保险费的金额的现金价值, 用于支付保险费。若保险费约定支付日, 上述指定款项的提取金额不足以支付保险费时, 指定款项将不被提取。投保人须自行支付保险费。5. 投保人名下同类保险产品申请本项业务, 且指定款项来源为同一保险合同时, 本公司按被抵付保险产品的保险费约定支付日顺序处理; 同一日期的按保险合同编号顺序处理。6. 有效期内任意时间, 投保人可提出取消指定款项抵付保险费的申请。

指定款项来源于: 万能个人账户价值 或 特定保险产品 自动降低基本保险金额退出的现金价值	指定款项来源于保险合同(编号)								
--	-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--

自上述保险产品成立或生效的第 ( ) 年度起开始用于抵付保险费约定支付日的保险费。

注: 指定款项限上述保险产品成立或生效的第 6 年度(含)起适用。

**取消指定款项抵付保险费**

<input type="checkbox"/> <b>联系资料</b> (BG001)										
<b>投保人联系资料</b> 为确保投保人的联系资料保持一致, 对于变更本项投保人联系资料信息的, 本公司将同步更新投保人持有的所有保单。										
通讯地址		省/直辖市			城市/地区			区/县		邮编
手机				固话			电子邮箱		@	
常住地/住所	<input type="radio"/> 同通讯地址 <input type="radio"/> 其他地址 省/直辖市 城市/地区 区/县								邮编	
<b>若您提供的上述常住地/住所地址不在中国境内, 请详述以下内容:</b> 1. 变更原因: <input type="radio"/> 出国留学或陪读 <input type="radio"/> 其他原因 2. 持续停留时间: <input type="radio"/> 持续停留超过 180 天。具体停留时间: 自_____年____月____日起, 至_____年____月____日。 <input type="radio"/> 持续停留不超过 180 天。										
<b>被保险人联系资料</b> 若被保险人与投保人为同一人时, 可免填							被保险人姓名			
手机				固话			电子邮箱		@	
常住地/住所	<input type="radio"/> 同通讯地址 <input type="radio"/> 其他地址 省/直辖市 城市/地区 区/县								邮编	
<b>若您提供的上述常住地/住所地址不在中国境内, 请详述以下内容:</b> 1. 变更原因: <input type="radio"/> 出国留学或陪读 <input type="radio"/> 其他原因 2. 持续停留时间: <input type="radio"/> 持续停留超过 180 天。具体停留时间: 自_____年____月____日起, 至_____年____月____日。 <input type="radio"/> 持续停留不超过 180 天。										
<input type="checkbox"/> <b>其他</b> (请详述)										

**客户声明:** 本人勾选以上申请事项, 并认同本申请书上与所申请事项相关的内容, 同时知晓所申请的事项须经签发保单机构 (以下简称贵公司) 同意批准后方可生效, 其生效日以贵公司批注文件所载的批准生效日为准。本申请书与本申请有关之各份问卷及文件, 对贵公司之各项声明、陈述完全确实无误, 并成为贵公司缮发保险合同或保险合同批注之依据。如上述资料不属实并影响贵公司决定是否承保, 除法律另有规定外, 则任何根据此申请书所缮发之保险合同或保险合同批注无效。本人授权贵公司从任何内、外科医生、医院、诊所、保险公司或任何组织单位, 就有关保险事宜, 查询、拷贝有关投保人、被保险人及受益人的资料或索取其它有关证明文件。

- 保险产品申请\_投保人声明:** 本人了解本项申请自贵公司批准之日生效, 新的保障计划根据其条款约定承担保险责任。保险期间届满, 投保人可向本公司申请投保本合同, 若本公司同意并已收取该保险费, 则进入下一保险期间。
- 个人资料更新\_被保险人/投保人声明:** 除在申请书填写的国籍信息外, 本人/我们声明, 本人/我们并不拥有美国的国籍、永久居留权、绿卡、居留权等使得本人/我们对美国有纳税义务。
- 个人资料更新\_签名变更\_申请人声明:** 所申请保险合同项下的一切陈述和声明均为本人真实意思的表示且内容确实无误, 并承认有关贵公司缮发的该保险合同、该保险合同批注及以往涉及该保险合同的一切签署亦为本人真实意思的表示, 本人愿意承担由此引发的一切责任。本人已阅读并理解保险合同内容、包括但不限于保险责任和责任免除等, 知晓本人的权利和义务。今后凡与所申请保险合同有关的一切签名, 均按此次提供的新签名样本为准。如因上述变更签名事项引起任何纠纷包括诉讼及由此引起的一切责任和费用, 概由本人负责解决和承担, 与贵公司无涉。
- 指定款项抵付保险费:** 本人/我们同意将上述合同项下的指定款项用于抵付此次申请变更的保险合同之保险费之用。本人知晓并同意本申请经贵公司审核批准后生效。保险费的抵付将依据贵公司的款项抵付规则处理。

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, 本人/我们同意并授权贵公司基于上述报告要求将本人/我们的个人信息或资料 (包括但不限于投保单签署之前提供的以及本人接受贵公司各项服务时所产生的与保险合同事宜有关的信息或资料) 提供及披露予任何政府部门、监管机构和/或第三方。同时, 本人/我们同意贵公司持有、使用本人/我们所提供的个人信息或资料, 并授权贵公司在所适用的法律允许的情况下, 将该个人信息或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、处理核保、理赔、调查等相关保险业务活动或用于公益目的等。本人/我们理解该个人信息或资料包括 i) 投保人、被保险人、及受益人 (以下简称“相关方”) 的个人信息或资料; ii) 保单的相关信息; 及 iii) 相关方所持有的其他保单的相关信息。有关前述信息或资料之提供及披露, 可能包含境外之提供及披露。本人/我们理解, 若本人/我们不同意贵公司提供及披露前述之信息或资料, 则贵公司不会向本人/我们销售任何保险产品或提供任何服务。

**签名前请仔细阅读所附变更声明事项及填写须知。**

申请人	____年____月____日			见证人	见证人/保险营销员声明: 本人证明已核对了申请人的有效身份证件或者其他身份证明文件, 确认申请人的身份。
	投保人签名	被保险人/监护人签名	签署日期		见证人/保险营销员/经办人签名