

210mm



297mm

筛珍保知情同意书
尺寸：297x210mm
材质：无碳复写纸

210mm

华大基因

BGI

中国人民保险

PKCC

基于HPV基因分型检测的
宫颈癌筛查解决方案保险知情同意书

样品条码粘贴处

DX-HPVP-Z11 V1.0

华大基因

BGI

中国人民保险

PKCC

基于HPV基因分型检测的
宫颈癌筛查解决方案保险知情同意书

尊敬的受检者朋友：

您好！感谢您选择华大基因的“基于HPV基因分型检测的宫颈癌筛查解决方案”，为了将先进的基因检测技术更好地应用于广大受检者，华大基因将收集您真实、有效的个人信息并进行登记，当您符合投保条件时，作为投保人在中国人民健康保险股份有限公司深圳分公司（以下简称“中国人保”）为您办理投保手续并交纳相应的保险费用。相关保险责任如下：

当您初次HPV检测结果为阴性，保险自次月1日生效，保险责任有效期为三年。在保险责任有效期内，如果经县级及县级以上医院妇科肿瘤专科医生首次明确诊断为宫颈浸润癌（不包括转移癌），中国人保将根据《关爱专家短期重疾（推广版）团体疾病保险》约定一次性给付受检者保险金人民币50000元（伍万元整），同时保险责任终止。

在保险生效之日起1个月后，您可通过扫描中国人保二维码或直接关注微信公众号“保健康”，进入“个人中心”，选择“基因保险”，输入您的姓名和身份证号码查询投保信息。如超期未发现投保信息，请及时联系华大基因或中国人保。

理赔指引：

理赔材料	1、理赔申请书（特定疾病）
	2、华大基因出具的检测报告单原件
	3、病理诊断报告原件
	4、疾病诊断证明书原件
	5、提供患癌样本与送检样本来源于同一个人的相关检测报告
	6、被保险人身份证及银行卡（储蓄卡）正反面复印件（被保险人需要在复印件上签名和写上开户行信息）
注：理赔申请书可以在微信公众号：“保健康”进行下载。	

邮寄信息：

收件单位：中国人民健康保险股份有限公司深圳分公司

收件人：华大服务组收

联系电话：0755-86028065

联系手机：18038187501

邮编：518057

联系地址：深圳市南山区科技园科苑路11号金融科技大厦14楼C、D单元

温馨提示： 寄件后请保留好快递单号（快递费请自理），快递件寄出一周后，寄件人未收到签收短信，请在拨打中国人保华大服务组工作电话0755-86028065或18038187501（工作时间为上午9:00-12:00，下午13:10-17:10），如有其它疑问，可拨打：中国人保咨询电话：95591或华大基因客服热线：400-605-6655进行咨询。具体保险责任及责任免除内容以保险条款及合同约定为准。

请认真阅读以上条款，并填写投保信息。受检者信息需要真实明确并与本人（或其他身份证明）内容一致。因受检者填写内容与真实信息或与身份证不一致，造成保险公司拒赔，责任由受检者自负。

被保险人（受检者）：_____

联系电话：_____

身份证号：_____

本人对以上条款均已了解清楚，提供资料属实，同意投保。

当您签署本知情同意后，意味着您已充分了解以上信息，并愿意加入此方案，遵循以上保险条款。

受检者亲笔签名：_____

签名时间：_____年_____月_____日



第一联为华大临检中心联

第二联为受检者联

第三联为城市伙伴联

第四联为保险公司联

297mm