

盛放人生 • 全球癌症医疗保险投保单

投保人资料

| | |
|--------|--------------|
| 投保人姓名： | 身份证或护照号码： |
| 性别： | 出生日期（日/月/年）： |
| 通讯地址： | 邮箱地址： |
| 邮政编码： | 联系电话： |

*投保人须为年满 18 周岁（含）具有完全民事行为能力的自然人。

被保险人资料

| | | | | |
|-------------|--|--|--|--|
| | 被保险人 1 | 被保险人 2 | 被保险人 3 | 被保险人 4 |
| 被保险人姓名 | | | | |
| 身份证或护照号码 | | | | |
| 性别 | | | | |
| 出生日期（日/月/年） | | | | |
| 与投保人关系 | | | | |
| 有无社保 | <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 无 | <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 无 | <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 无 | <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 无 |
| 投保计划 | <input type="checkbox"/> 全球计划无自付比例； <input type="checkbox"/> 全球计划 20%自付比例； <input type="checkbox"/> 国际计划无自付比例； <input type="checkbox"/> 国际计划 20%自付比例 | | | |
| 保险费（人民币：元） | | | | |

*被保险人年龄为 15 天至 64 周岁，身体健康符合投保告知要求的自然人，保险金受益人为被保险人本人；投保人与被保险人关系仅限本人、配偶、子女及父母（不含配偶父母）；一张保单内被保险人须投保同一保险计划。

保险利益明细

| | 全球计划 | 国际计划 |
|---|---|---|
| 承保区域 | 全球 | 全球除美国 |
| 保险金额 | 人民币 10,000,000 元 每个保单年度 | 人民币 10,000,000 元 每个保单年度 |
| 等待期 | 90 天 | 90 天 |
| 自付比例 | 零自付 或 20%自付 | 零自付 或 20%自付 |
| 医院范围 | 中国大陆地区：二级及二级以上公立医院（含特需、国际部）及上海质子重离子医院； 中国大陆以外：保障地域范围内所有合法的医疗机构 | 中国大陆地区：二级及二级以上公立医院（含特需、国际部）及上海质子重离子医院； 中国大陆以外：保障地域范围内所有合法的医疗机构 |
| 住院病房标准 | 标准单人间 | 标准单人间 |
| 恶性肿瘤住院和日间治疗医疗费用 | 保险金额 | 保险金额 |
| 被保险人经医院诊断罹患恶性肿瘤而在国内外医疗机构住院和日间治疗产生的、需被保险人个人支付的、必需且合理的医疗费用，包括： 1) 病房费用（包括床位费） 2) 医生问诊费用（包括诊疗费） 3) 重症监护室费用（包括重症监护室床位费） 4) 外科手术费用（包括手术费、外科医生费用，麻醉师费用以及手术室费用） 5) 看护护理、药品和敷料（包括护理费、药品费） 6) 与治疗有关的其他医疗费用（包括膳食费、检查检验费、治疗费、医学翻译费等） | 不超过每个保单年度保险金额 | 不超过每个保单年度保险金额 |

| 恶性肿瘤住院和日间治疗前后门急诊费用 | 保险金额 | 保险金额 |
|---|--|--|
| 入院前或日间治疗前的门急诊费用 被保险人在住院治疗或日间治疗前九十日（含住院或日间治疗当日）内，由于相同原因接受恶性肿瘤门急诊治疗而在门急诊产生的医疗费用（但不包括恶性肿瘤特殊门诊医疗费用）。 | 不超过每个保单年度保险金额 | 不超过每个保单年度保险金额 |
| 出院后或日间治疗后的门急诊费用 被保险人出院或日间治疗后九十日（含出院或日间治疗当日）内，由于相同原因接受恶性肿瘤门急诊治疗而在门急诊产生的医疗费用（但不包括恶性肿瘤特殊门诊医疗费用）。 | 不超过每个保单年度保险金额 | 不超过每个保单年度保险金额 |
| 恶性肿瘤特殊门诊医疗费用 | 保险金额 | 保险金额 |
| 被保险人需个人支付的、必需且合理的恶性肿瘤特殊门诊医疗费用（包括化学疗法、放射疗法、肿瘤靶向疗法、肿瘤内分泌疗法、质子重离子疗法、处方药）。 | 不超过每个保单年度保险金额 | 不超过每个保单年度保险金额 |
| 特定癌症治疗方法的保障限制 | 保险金额 | 保险金额 |
| 肿瘤靶向疗法 针对有助于癌症生长与存活的特定癌症基因、蛋白质或组织环境的癌症治疗，包括但不限于肿瘤免疫疗法、基因表达调节剂（改变癌症细胞对基因的表达方式）、细胞凋亡诱导剂（引导癌细胞经历正常细胞凋亡周期）。 | 每个保单年度内的累计肿瘤靶向疗法费用不得超过： 1、中国大陆地区：每个保单年度保险金额； 2、中国大陆以外地区：人民币 100 万元。 | 每个保单年度内的累计肿瘤靶向疗法费用不得超过： 1、中国大陆地区：每个保单年度保险金额； 2、中国大陆以外地区：人民币 100 万元。 |
| 质子重离子疗法 质子重离子疗法仅限用于以下情况： 1、年龄小于 21 岁的中枢神经系统肿瘤（脑与脊髓）或恶性实体瘤患者： （1）颅底： 已完成合适和最安全手术切除的颅底肿瘤患者，可使最小的残余灶在安全剂量下被适当清除，仅限正常结构（如脑干，视神经结构）；与常规放射治疗比较，此疗法的剂量可以按需增加。 （2）脊柱和脊柱旁： 患者已完成合适和最安全手术切除，可使最小的残余灶在安全剂量下被适当清除，仅限正常结构； 患者必须有合适的固定而非金属辅助装置，以确保目标剂量及分布不受影响； 与常规放射治疗比较，此疗法的剂量可以按需增加； 脊柱和脊柱旁骨以及软组织肉瘤； 脊柱脊索瘤。 2、未扩散（转移）的发生于颅底或颈椎（颈椎）的脊索瘤和软骨肉瘤，高位鼻窦窦、额窦和蝶窦肿瘤伴颅底浸润，腺样囊性癌伴神经旁浸润和嗅神经母细胞瘤。 3、未扩散（转移）的虹膜，睫状体或眼部脉络膜（葡萄膜黑色素瘤），结膜黑色素瘤和脉络膜血管瘤。 | 每个保单年度内的累计质子重离子疗法费用不得超过： 1、中国大陆地区：每个保单年度保险金额； 2、中国大陆以外地区：人民币 100 万元。 | 每个保单年度内的累计质子重离子疗法费用不得超过： 1、中国大陆地区：每个保单年度保险金额； 2、中国大陆以外地区：人民币 100 万元。 |

| 其他保障福利 | 保险金额 | 保险金额 |
|--|---|---|
| 姑息治疗费用 经主治医生的书面诊断并提供书面证明，证实被保险人处于保障范围内的重症末期，被保险人需个人支付的、必需且合理的在姑息护理机构或临终安养院姑息治疗费用。 | 不超过每个保单年度保险金额 此项福利保障等待期 180 天 | 不超过每个保单年度保险金额 此项福利保障等待期 180 天 |
| 整形重建手术费用（头部或胸部） 承担由于可保癌症疾病导致的医学上必要的为了恢复功能而进行的面部重建外形手术费用、乳房整形重建外科手术费用。被保险人自从事事故或癌症手术发生前须始终处于本保险保障期间。实施重建外科手术时被保险人必须处于医疗上合适的状态时才能适用。 | 不超过每个保单年度保险金额 此项福利保障等待期 180 天 | 不超过每个保单年度保险金额 此项福利保障等待期 180 天 |
| 救护车使用及交通费用 1) 指被保险人需个人支付的、必需且合理的、遵循医嘱使用救护车进行转院或者运送时产生的费用。 2) 被保险人及其一位陪同人员治疗期间的以治疗恶性肿瘤为目的前往中国大陆以外的治疗目的地及返回中国大陆居住地的交通费用。 | 仅限于飞机经济舱或火车二等座； 每个保单年度保险金额为人民币 6 万； 仅限于前往中国大陆以外地区接受治疗的情况。 | 仅限于飞机经济舱或火车二等座； 每个保单年度保险金额为人民币 6 万； 仅限于前往中国大陆以外地区接受治疗的情况。 |
| 住宿费用 被保险人及一位陪同人以治疗恶性肿瘤为目的前往中国大陆以外地区，需个人支付的、必需且合理的住宿费用。 | 每个保单年度保险金额为人民币 6 万元； 仅限于前往中国大陆以外地区接受治疗的情况。 | 每个保单年度保险金额为人民币 6 万元； 仅限于前往中国大陆以外地区接受治疗的情况。 |

保险费表（人民币：元）

| 年龄(周岁) | 全球计划 | | | | 国际计划 | | | |
|----------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| | 无自付比例 | | 20%自付比例 | | 无自付比例 | | 20%自付比例 | |
| | 男性 | 女性 | 男性 | 女性 | 男性 | 女性 | 男性 | 女性 |
| 0 - 4 | <input type="checkbox"/> 674 | <input type="checkbox"/> 745 | <input type="checkbox"/> 576 | <input type="checkbox"/> 635 | <input type="checkbox"/> 407 | <input type="checkbox"/> 448 | <input type="checkbox"/> 335 | <input type="checkbox"/> 370 |
| 5 - 9 | <input type="checkbox"/> 484 | <input type="checkbox"/> 454 | <input type="checkbox"/> 414 | <input type="checkbox"/> 387 | <input type="checkbox"/> 292 | <input type="checkbox"/> 274 | <input type="checkbox"/> 240 | <input type="checkbox"/> 225 |
| 10 - 14 | <input type="checkbox"/> 509 | <input type="checkbox"/> 431 | <input type="checkbox"/> 435 | <input type="checkbox"/> 368 | <input type="checkbox"/> 307 | <input type="checkbox"/> 260 | <input type="checkbox"/> 252 | <input type="checkbox"/> 214 |
| 15 - 19 | <input type="checkbox"/> 584 | <input type="checkbox"/> 1,056 | <input type="checkbox"/> 500 | <input type="checkbox"/> 903 | <input type="checkbox"/> 353 | <input type="checkbox"/> 637 | <input type="checkbox"/> 290 | <input type="checkbox"/> 524 |
| 20 - 24 | <input type="checkbox"/> 762 | <input type="checkbox"/> 1,278 | <input type="checkbox"/> 651 | <input type="checkbox"/> 1,091 | <input type="checkbox"/> 459 | <input type="checkbox"/> 770 | <input type="checkbox"/> 379 | <input type="checkbox"/> 634 |
| 25 - 29 | <input type="checkbox"/> 1,075 | <input type="checkbox"/> 1,582 | <input type="checkbox"/> 917 | <input type="checkbox"/> 1,352 | <input type="checkbox"/> 647 | <input type="checkbox"/> 954 | <input type="checkbox"/> 533 | <input type="checkbox"/> 785 |
| 30 - 34 | <input type="checkbox"/> 1,517 | <input type="checkbox"/> 1,887 | <input type="checkbox"/> 1,295 | <input type="checkbox"/> 1,611 | <input type="checkbox"/> 915 | <input type="checkbox"/> 1,137 | <input type="checkbox"/> 753 | <input type="checkbox"/> 936 |
| 35 - 39 | <input type="checkbox"/> 1,574 | <input type="checkbox"/> 2,133 | <input type="checkbox"/> 1,343 | <input type="checkbox"/> 1,822 | <input type="checkbox"/> 948 | <input type="checkbox"/> 1,286 | <input type="checkbox"/> 782 | <input type="checkbox"/> 1,059 |
| 40 - 44 | <input type="checkbox"/> 2,200 | <input type="checkbox"/> 3,406 | <input type="checkbox"/> 1,880 | <input type="checkbox"/> 2,908 | <input type="checkbox"/> 1,327 | <input type="checkbox"/> 2,052 | <input type="checkbox"/> 1,092 | <input type="checkbox"/> 1,691 |
| 45 - 49 | <input type="checkbox"/> 4,013 | <input type="checkbox"/> 5,875 | <input type="checkbox"/> 3,427 | <input type="checkbox"/> 5,017 | <input type="checkbox"/> 2,419 | <input type="checkbox"/> 3,542 | <input type="checkbox"/> 1,993 | <input type="checkbox"/> 2,918 |
| 50 - 54 | <input type="checkbox"/> 6,690 | <input type="checkbox"/> 7,402 | <input type="checkbox"/> 5,714 | <input type="checkbox"/> 6,319 | <input type="checkbox"/> 4,033 | <input type="checkbox"/> 4,461 | <input type="checkbox"/> 3,322 | <input type="checkbox"/> 3,675 |
| 55 - 59 | <input type="checkbox"/> 10,753 | <input type="checkbox"/> 8,808 | <input type="checkbox"/> 9,181 | <input type="checkbox"/> 7,521 | <input type="checkbox"/> 6,482 | <input type="checkbox"/> 5,309 | <input type="checkbox"/> 5,339 | <input type="checkbox"/> 4,374 |
| 60 - 64 | <input type="checkbox"/> 13,587 | <input type="checkbox"/> 10,216 | <input type="checkbox"/> 11,600 | <input type="checkbox"/> 8,722 | <input type="checkbox"/> 8,189 | <input type="checkbox"/> 6,157 | <input type="checkbox"/> 6,745 | <input type="checkbox"/> 5,072 |
| 65 周岁及以上年龄续保保费 | | | | | | | | |
| 65 - 69 | 20,598 | 12,003 | 17,586 | 10,248 | 12,415 | 7,235 | 10,226 | 5,960 |
| 70 - 74 | 26,906 | 16,590 | 22,972 | 14,164 | 16,218 | 9,999 | 13,359 | 8,237 |
| 75 - 79 | 33,216 | 21,177 | 28,360 | 18,081 | 20,019 | 12,764 | 16,491 | 10,514 |
| 80 - 84 | 39,411 | 21,562 | 33,649 | 18,412 | 23,753 | 12,997 | 19,567 | 10,706 |

请选择下列一种方式作为保险合同的争议解决方式（*若您不做选择，则保险合同争议方式默认为第二种。）

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> 中国国际贸易仲裁委员会上海分会仲裁 |
| <input type="checkbox"/> 有管辖权的人民法院裁决 |

投保须知

1.

本保险项下被保险人为15天-64周岁（经本公司同意后签发保单，续保可至84周岁），身体健康符合投保告知要求的自然人。
2.

被保险人居住地为中国大陆境内是本公司决定是否承保的重要条件。如果任何被保险人的居住地已经发生改变，投保人或被保险人需要及时通知本公司。对该被保险人，本公司保留不予续保的权利。
3.

等待期：等待期指自本保险生效日起计算的一段时间，在等待期内确诊罹患恶性肿瘤的，或出现的症状或体征，等待期内接受检查但在等待期后确诊的恶性肿瘤，本公司不承担给付保险金的责任，被保险人首次投保或非连续投保时，整张保险单的等待期为90天。
4.

为了避免被保险人发生保险责任范围以外的费用，对所有住院和日间治疗、住院或日间治疗后90天门诊费用、特殊门诊、姑息治疗和整形重建手术以及交通费用和住宿费用保障，投保人或被保险人应在事项发生前事先通知本公司并取得本公司的《治疗方案授权书》。
5.

本保险提供两种保障计划：全球计划和国际计划，由投保人在投保时确定并在保险单中载明。全球计划的保障区域为包括中国的全球各国家和地区；国际计划的保障区域为包括中国但不包括美国的全球其他国家和地区。
6.

就诊医院：
中国大陆地区内的医院指经中华人民共和国卫生部门评审确定的二级或以上的公立医院或投保人与保险人协商共同指定的医院或医疗机构。
中国大陆地区以外的医院指在其营业所在地合法建立并正式注册，能为付费住院患者提供护理与治疗的医疗和手术机构，并且满足以下条件：
（1）拥有完备的诊断、治疗和手术的设施；
（2）设立的主要目的为向受伤者和患病者提供留院治疗和护理服务；
（3）有所在地区合法注册的医生和护士常驻执业，并提供医疗和护理服务。
7.

本保险提供两种自付比例：零自付和20%自付，由投保人在投保时确定并在保险单中载明。
8.

自付比例是保险期间内，本合同不予赔偿的，被保险人必须承担或支付的费用比例。被保险人从其他途径（如其他费用补偿型医疗保险）获得的费用补偿不得抵扣本保险项下的自付比例。
9.

本合同适用医疗费用补偿原则。若被保险人已从其他途径（包括社会医疗保险、公费医疗、工作单位、本公司在内的任何商业保险机构等）获得医疗费用补偿或赔偿，则本公司仅按被保险人实际发生的医疗费用扣除被保险人从其他途径获得的补偿或赔偿金额后的余额，根据本合同的约定给付保险金，即包括本合同在内的各种途径所给付的所有补偿或赔偿金额之和不得超过被保险人实际发生的医疗费用。社会医疗保险卡个人账户部分支出视为个人支付，不属于已获得的医疗费用补偿。
10.

投保人在收到本合同之后享有十四（14）天的犹豫期以审阅本合同。若投保人在犹豫期内认为本合同不符合其需求，可以以书面通知本公司解除本合同，并将保险合同和本公司发放的相关资料以邮寄方式归还给本公司。本合同的效力自本公司接到解除合同通知书之日二十四时或者通知书上载明的合同终止时间（以较晚者为准）终止。对于犹豫期内已有理赔记录的被保险人，本公司对该被保险人不退还保险费；对于犹豫期内无理赔记录的被保险人，本公司自收到解除合同通知书之日起三十（30）日内，无息全额退还保险费，不收取手续费。本犹豫期不适用于保险期间中途增加被保险人的情形，也不适用于续保的保险合同。
11.

本保险承保的恶性肿瘤是指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。但不包括（1）原位癌；（2）相当于 Binet 分期方案 A 期程度的慢性淋巴细胞白血病；（3）相当于 Ann Arbor 分期方案 I 期程度的何杰金氏病；（4）皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；（5）TNM分期为T1N0M0期或更轻分期的前列腺癌；（6）感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。
12.

本保险不承保有下列情况的被保险人：
（1）被保险人的两个或两个以上的直系亲属，即父母、孩子或兄弟姐妹，被诊断出患有同样的癌症；
（2）被保险人曾经被任何保险公司拒保、要求延期投保或以特殊条款承保任何人寿、重大疾病、残疾、意外或住院保险；
（3）被保险人患有或已经被诊断患有或接受过相关治疗，或被告知患有或曾被告知寻求相关治疗或目前正在接受以下任何一种病症的调查：
A. 癌症、任何类型的原位癌、淋巴结肿大、恶变前改变、肿瘤、肿块、息肉、囊肿、结节、异常皮肤病变、赘生物、任何类型的良性或恶性增生；
B. 乙型肝炎或乙型肝炎病毒携带者、丙型肝炎或丙型肝炎携带者、幽门螺杆菌、溃疡性结肠炎、克罗恩病、巴雷特食道、胰腺炎、肝硬化、慢性胃炎；
C. 感染类免疫缺陷病毒或患艾滋病；
D. （女性适用）：子宫异常或不规则阴道出血、纤维囊性疾病、乳头改变或有分泌物、乳腺发育不良、乳头或乳房佩吉特氏病、宫颈异常或病症、人乳头瘤病毒感染、畸胎瘤、葡萄胎。
（4）被保险人在目前或者过往在如下检查中有任何检查异常结果或超出正常范围的结果或等待任何此类检查或调查结果：活检、镜检、化验、检查、宫颈涂片、乳房x光检查、乳腺超声检查、前列腺特异抗原检查、前列腺检查、肿瘤标志物血液检查、癌症筛查检测、病理学检测。
（5）过去12个月中，被保险人出现过如下无法解释、频繁或经常性的症状：
A. 抽搐、头晕或昏厥、胸痛、呼吸和吞咽困难、咳嗽、吐痰或呕血、鼻子或牙龈出血；
B. 排便习惯改变（例如腹泻和便秘超过两周）、排出不明原因的黑便或深茶色尿或血尿；
C. 不明原因的发烧、体重减轻超过5公斤（非健身原因导致）、腹部和四肢肿胀、贫血、持续的腺体肿块和肿胀、皮肤和眼睛发黄；
D. 住院超过5天（因为以下情况而住院不影响投保：普通感冒和流感、无并发症的妊娠、剖腹产、高血压、糖尿病、高脂血症或完全康复的意外受伤）。
（6）（16周岁以下未成年人适用）被保险人出生时被诊断为早产儿（即少于28周妊娠）且出生后需要接受持续的随访、评估、监测、治疗或特殊护理。
13.

本保险不承保从事以下职业的被保险人：地下、井下、山洞作业、木材加工、建筑工地现场施工、采矿业/采盐业/油业的人员；或焊接工、冲床工、磨工、镗工、钻床工、拉床工、锯床工、剪床工、铣床工、铸造工、车床工；或与有毒、有害、腐蚀性气体或物质接触的任何职业；或与电力电压有关的任何职业；或爆破人员或烟火加工人员等。
14.

任何因下列直接或间接原因导致被保险人支出的医疗费用或其他费用，本公司不承担保险金给付责任：

- (1) 等待期内出现的症状或体征，等待期内接受检查但在等待期后确诊的恶性肿瘤；
- (2) 被保险人殴斗、醉酒（血液中的酒精含量大于或者等于80mg/100mL）；吸食或注射毒品、服用国家管制的精神药品或者麻醉药品；
- (3) 核爆炸、核辐射或核污染、化学污染；
- (4) 被保险人患遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色体异常（依据世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD10）确定）；
- 被保险人发生的下列损失、费用或责任，本公司不承担保险金给付责任：
- (5) 未经国家卫生部、政府、有关当局或治疗所在国家或地区的公认医学协会批准的任何实验性、未经证实、非常规或开创性的医学或外科技术、治疗、药物或医疗器械所产生的费用；
- (6) 被保险人因实验性治疗而产生的任何医疗状况、并发症或任何增加的费用；
- (7) 非治疗必需而仅为个人舒适或方便而产生的费用，包括但不限于电视、房屋打扫、空气净化器、访客膳食和住宿、特殊饮食、生活翻译费、电话费等非治疗费用；
- (8) 被保险人在初次投保前存在以下历史疾病或检查结果时，本公司对如下历史疾病或检查结果后发生的保险事故不承担保险责任：
- A. 曾确诊乙型及丙型肝炎（包括乙型及丙型肝炎病毒携带者）或肝硬化的原发性肝癌；
- B. 曾确诊慢性胃炎或恶性贫血的胃癌；
- C. 曾确诊巴雷特食管食道癌；
- D. 曾有BRCA1/2基因检测结果异常或曾确诊非典型增生的乳腺癌或卵巢癌；
- E. 曾确诊溃疡性结肠炎、克罗恩病、锯齿状腺瘤、中度至高度发育异常息肉的肠癌或结肠癌；
- F. 曾有CIN3级及以上宫颈涂片异常的宫颈癌；
- G. 曾有4ng/ml以上PSA（前列腺特异抗原）检测结果或PSA检测结果在初次投保前12个月内增长0.75ng/ml的前列腺癌；
- H. 曾确诊特定器官息肉且病理结果显示为癌前病变的组织的癌症；
- I. 曾确诊MGUS（单克隆免疫球蛋白血症）的多发性骨髓瘤。
15. 本保险每一被保险人限购壹（1）份，多投无效。
16. 本保险的保险期限：1 年。
17. 本保险的最早生效日期为投保成功的次日零时。
18. 本合同为一年期非保证续保合同，保险期间届满，投保人需要重新向本公司申请投保交纳保险费，并获得新的保险合同。投保人可于本合同保险期间届满时或之前，向本公司提出续保申请并支付续保保险费以示续保，若本公司同意该续保后签发保险单，且已收取该续保保险费，则新的保险合同成立并生效。续保后的新保险合同和上年度保险合同的保险期间在时间上不中断。续保时本公司有权根据被保险人的年龄、医疗费用水平变化调整被保险人在续保时的费率，费率调整适用于所有被保险人或同一投保年龄的所有被保险人。本公司不会因为被保险人的健康状况变化或历史理赔情况而拒绝续保或者单独调整续保费率。
19. 投保人须确认被保险人过往或目前没有出现《健康问卷》所述的状况或情形，如本公司有疑义的，在保险生效前或存续期间皆有权对此进行调查，投保人应予以授权并同意配合。
20. 投保人须如实填写投保信息，并就本公司提出的询问据实告知，绝无隐瞒或保留任何重大事实以影响本公司评估风险或接受本投保申请，并同意将《健康问卷》和《投保信息》作为本公司和投保人所定合约的根据，并以本公司签发的保险为准。否则本公司有权根据《中华人民共和国保险法》第十六条的规定解除保险且不承担赔偿责任。
21. 目前，安盛天平已在上海、北京、广东、深圳、浙江、江苏、四川、河北、湖北、山东、重庆、天津、广西、大连、山西、云南、宁波、青岛、河南、安徽等地设有 25 家分公司。在苏州、无锡、温州、金华、嘉兴、绍兴、扬州、常州、南通、保定、唐山、廊坊、肇庆、茂名、中山、江门、珠海、惠州、济南、烟台、淄博、潍坊、临沂、东营、德州、聊城等地设有 87 家中心支公司。本公司理赔服务中心位于上海，所有理赔案件的申请需递交至上海理赔服务中心统一处理。在保险公司没有设立分公司的地区，保险公司可能存在的服务不到位、时效差等情况。
22. 投保人可以向本公司业务人员索取保险条款，或致电本公司客服热线 95550 或登录本公司官网 www.axa.cn 查询保单及保险条款；请投保人仔细阅读保险条款，尤其是除外责任、免责条款、赔偿限额、免赔额、一般条件等黑体字/彩色标题标注的条款内容，如有不明白或有异议的，请向本公司保险业务人员进行询问；如未询问，视同已经对条款内容完全理解并无异议，确认申请投保。
23. 请了解本公司的偿付能力充足率已达到了监管要求，若需进一步了解本公司最新季度的偿付能力信息及风险综合评级结果，请登录安盛天平保险公司官网 www.axa.cn 查询，该信息可以作为投保人决定是否投保的参考信息。

职业问卷

本职业问卷必须由投保人或被保险人亲自填写，如您非投保人或被保险人本人，或您是投保人本人，但不完全知晓所有被保险人的职业状况,请立即停止填写本问卷。投保人应在对所有被保险人职业状况充分了解的基础上履行如实告知义务。投保人承诺完全知晓所有被保险人职业状况。若被保险人职业状况与下述告知内容不符：1) 本公司有权不同意承保。2) 若发生保险事故，本公司不承担赔偿或给付保险金的责任，并有权不退还保险费。

| | 被保险人 1 | 被保险人 2 | 被保险人 3 | 被保险人 4 |
|---|--|--|--|--|
| 被保险人专职或兼职从事以下职业？ 地下、井下、山洞作业、木材加工、建筑工地现场施工、采矿业/采盐业/油业的人员； 或焊接工、冲床工、磨工、镗工、钻床工、拉床工、锯床工、剪床工、铣床工、铸造工、 车床工；或与有毒、有害、腐蚀气体或物质接触的任何职业；或与电力电压有关的任何 职业；或爆破人员或烟火加工人员等。 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 |

如以上问题答“是”，非常抱歉回答为“是”的被保险人无法投保本产品，敬请谅解；如以上问题答“否”，请您继续填写以下健康问卷。

健康问卷

本健康问卷必须由投保人或被保险人亲自填写，如您非投保人或被保险人本人，或您是投保人本人，但不完全知晓所有被保险人的健康状况,请立即停止填写本问卷。投保人应在对所有被保险人健康状况充分了解的基础上履行如实告知义务。投保人承诺完全知晓所有被保险人健康状况。若被保险人健康状况与下述告知内容不符：1) 本公司有权不同意承保。2) 若发生保险事故，本公司不承担赔偿或给付保险金的责任，并有权不退还保险费。

| | 被保险人 1 | 被保险人 2 | 被保险人 3 | 被保险人 4 |
|--|--|--|--|--|
| 1、被保险人的两个或两个以上的直系亲属，即父母、孩子或兄弟姐妹，被诊断出患有同样的癌症？ | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 2、被保险人曾经被任何保险公司拒保、要求延期投保或以特殊条款承保任何人寿、重大疾病、残疾、意外或住院保险？ | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 |
| 3、被保险人患有或已经被诊断患有或接受过相关治疗，或被告知患有或曾被告知寻求相关治疗或目前正在接受以下任何一种病症的调查？ A) 癌症、任何类型的原位癌、淋巴结肿大、恶变前改变、肿瘤、肿块、息肉、囊肿、结节、异常皮肤病变、赘生物、任何类型的良性或恶性增生； B) 乙型肝炎或乙型肝炎病毒携带者、丙型肝炎或丙型肝炎携带者、幽门螺杆菌、溃疡性结肠炎、克罗恩病、巴雷特食道、胰腺炎、肝硬化、慢性胃炎； C) 感染类免疫缺陷病毒或患艾滋病； D) （女性适用）子宫异常或不规则阴道出血、纤维囊性疾病、乳头改变或有分泌物、乳腺发育不良、乳头或乳房佩吉特氏病、宫颈异常或病症、人乳头瘤病毒感染、畸胎瘤、葡萄胎。 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 |
| 4、被保险人在目前或者过往在如下检查中是否有任何检查异常结果或超出正常范围的结果或等待任何此类检查或调查结果：活检、镜检、化验、检查、宫颈涂片、乳房 x 光检查、乳腺超声检查、前列腺特异抗原检查、前列腺检查、肿瘤标志物血液检查、癌症筛查检测 、病理学检测？ | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 |
| 5、过去 12 个月中，被保险人是否出现过如下无法解释、频繁或经常性的症状？ A) 抽搐、头晕或昏厥、胸痛、呼吸和吞咽困难、咳嗽、吐痰或呕血、鼻子或牙龈出血； B) 排便习惯改变（例如腹泻和便秘超过两周）、排出不明原因的黑便或深茶色尿或血尿； C) 不明原因的发烧、体重减轻超过 5 公斤（非健身原因导致）、腹部和四肢肿胀、贫血、持续的腺体肿块和肿胀、皮肤和眼睛发黄； D) 住院超过 5 天（因为以下情况而住院不影响投保：普通感冒和流感、无并发症的妊娠、剖腹产、高血压、糖尿病、高脂血症或完全康复的意外受伤）。 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 |
| 6 、（16 周岁以下的被保险人适用）被保险人出生时被诊断为早产儿（即少于 28 周妊娠）且出生后需要接受持续的随访、评估、监测、治疗或特殊护理？ | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 |

如以上问题有一项或几项答“是”，非常抱歉该被保险人的健康问卷未通过审核，无法投保本产品，敬请谅解；

如以上问题全部答“否”，恭喜可以投保本产品。

投保人/被保险人声明

| |
|---|
| <p>在您签字之前，请仔细阅读以下投保人/被保险人声明与授权：</p> <p>1. 本人已如实填写《健康问卷》及《投保信息》，绝无隐瞒或保留任何重大事实。如有不实告知，贵公司有权根据《中华人民共和国保险法》第十六条的规定解除保险且不承担赔偿责任。</p> <p>2. 本人已完整阅读并理解《投保须知》，对赔付比例、免赔额、就诊医院、保险责任及责任免除事项等内容没有异议，申请投保。</p> <p>3. 本人已经仔细阅读保险条款，尤其是黑体字部分内容，完全理解并确认贵公司已经就保险条款的全部内容（包括但不限于赔付比例、免赔额、就诊医院、保险责任及责任免除事项）履行明确说明义务，本人对条款内容已清楚理解且没有异议，申请投保。</p> <p>4. 本人知晓并明确同意：</p> <p>1) 授权安盛天平（指安盛天平财产保险有限公司及其直接或间接控股的公司，以及安盛天平财产保险有限公司的分支机构），将本人提供给安盛天平的个人信息、接受安盛天平服务产生的个人信息（包括使用安盛天平服务之前提供和产生的个人信息）以及安盛天平根据《安盛天平服务协议》和《用户隐私权政策》所查询、收集的个人信息（以上各段落中所指的信息总体简称为“个人信息”），用于安盛天平及其因服务必要委托的合作伙伴为本人提供服务、推荐产品、开展市场调查与信息数据分析。</p> <p>2) 授权安盛天平，基于为本人提供更优质服务和产品的目的，按照《安盛天平服务协议》和《用户隐私权政策》的条款向安盛天平因服务必要开展合作或委托授权的伙伴或其他方提供、查询、收集本人的个人信息。</p> <p>3) 为确保本人个人信息的安全，安盛天平及其合作伙伴对上述个人信息负有保密义务，并采取各种措施保证个人信息安全。</p> <p>本条款具有独立法律效力，不受其他文件成立与否和效力状态变化的影响。安盛天平如何保护您个人信息的更多资料请于安盛天平网站参阅《安盛天平服务协议》和《用户隐私权政策》。安盛天平有权不时修改上述协议和政策，并在网站上公布。</p> <p>5. 本人明白若本人自愿投保贵保险公司承保的多项综合保险（不包括团体保险），且在不同保障产品中有相同保险利益的，则贵保险公司仅按其中保险金额最高者做出赔偿，并退还其它保险项下已收取的相应保险利益的保险费。</p> <p>6. 本人理解并知晓：若本人投保的是安盛天平财产保险有限公司（以下简称安盛天平）北京分公司的产品，在中国法律允许或要求的范围内，本人同意授权安盛天平北京分公司将本人个人信息及保单信息提供给北京意外保险信息平台以作合理利用，如果填写手机号码安盛天平将为本人提供免费的投保短信提示。若本人投保的是安盛天平四川分公司的产品，本人同意授权安盛天平将本人个人信息共享至四川省保险行业协会，用于（且仅用于）行业反保险欺诈排查。</p> |
|---|

| | | | | |
|-------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 投保人签名 | 被保险人 1 签名 | 被保险人 2 签名 | 被保险人 3 签名 | 被保险人 4 签名 |
| 日期： | 日期： | 日期： | 日期： | 日期： |