

投保确认书

投保单号：

投保须知：

- 1、投保年龄：首次投保年龄为 45 至 80 周岁，续保可至 100 周岁。
- 2、本保单等待期为 90 天。
- 3、本保单无免赔额。
- 4、社会医疗保险：是指包括新型农村合作医疗、城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险等政府举办的基本医疗保障项目。
- 5、有社保被保险人在等待期后首次确诊患有恶性肿瘤、且在中国大陆境内二级及以上公立医院普通部接受治疗而发生的合理且必要的个人支付的住院医疗费用、特殊门诊医疗费用、住院前 30 天及出院后 30 天内的门急诊医疗费用，保险人按 100% 给付保险金。
- 6、无社保被保险人但以有社保的价格购买本产品的，或有社保的被保险人未以有社保身份就医并结算的，在等待期后首次确诊患有恶性肿瘤、且在中国大陆境内二级及以上公立医院普通部治疗而发生的合理且必要的个人支付的住院医疗费用、特殊门诊医疗费用、住院前 30 天及出院后 30 天内的门急诊医疗费用，保险人对于其中 60% 的部分给付保险金。
- 7、对于被保险人在上海市质子重离子医院治疗而发生的符合保险责任范围内的医疗费用，保险人按 100% 的比例给付保险金。
- 8、退保规则：未发生赔付的保单，投保人要求解除本合同，自保险人接到保险合同解除申请书之日次日零时起，本合同的效力终止。保险人收到证明文件和资料之日起 30 日内退还未满期净保险费。未到期净保险费=保险费×[1-(保险单已经过天数/保险期间天数)]×(1-35%)，经过天数不足一天的按一天计算。
- 9、阅读条款：请确认您已认真阅读个人恶性肿瘤医疗保险条款【注册编号：C00001032512018052517772】。您了解、同意并确认上述条款内容，特别是保险责任及责任免除的部分。作为投保人，您确认对于被保险人具有保险利益。
- 10、告知义务：依据我国《保险法》的规定，投保人、被保险人在投保时，应对投保单、健康告知的各项询问按规定如实详细告知。否则，保险人有权依法解除保险合同，并对于保险合同解除前发生的保险事故不负任何责任。所有告知事项均以提交的电子或书面告知为准，口头告知无效。
- 11、本公司对既往症不承担任何保险责任。既往症：指在保险人对其保险责任生效前被保险人已就此接受诊断、医学咨询或者治疗，或者服用药物，或者显现症状的疾病或者损伤。
- 12、保单形式：网上投保为您提供电子保单，您可登入中国大地保险官网：www.95590.cn 查询并下载保单。

一、基本信息

投保人名称： 证件类型： 证件号：

被保险人 1： 证件类型： 证件号：

保险期间：

二、保险责任

保障计划：

总保费：

三、投保声明

- 1、本投保人申明以上各项内容填写属实，也是本人所能提供的全部信息，并认可保险金额。我明白未真实、完全填写或故意隐瞒与此保险相关的事实会导致保险失效；如果我违背本声明，保险人有权终止保险合同且不退还保险费。
- 2、本人已认真仔细阅读《个人恶性肿瘤医疗保险条款》、《投保须知》和投保人声明的全部内容，并确认已充分理解本保险保险责任、等待期约定、责任免除、如实告知、合同解除等重要事项后做出投保决定。本人接受并同意遵守《个人恶性肿瘤医疗保险条款》和上述投保注意事项中的所有内容。
- 3、本人明白且接受：既往症不属于保险责任。
- 4、本人同意将电子保单发出之日的次日视为客户签收日。同意如发生有关网上投保险种、保险金额等方面的分歧，以贵公司的电子记录凭证等数据电文作为判断本保险合同的唯一合法有效凭证，该凭证具有完全证据效力。
- 5、根据《中华人民共和国合同法》第十一条规定，数据电文是合法的合同表现形式。本人接受以中国大地财产保险股份有限公司提供的电子保单作为本投保书成立的合法有效凭证，具有完全证据效力。
- 6、本人代表被保险人授权大地保险公司可以从任何单位、组织和个人就有关保险事宜查询、索取与被保险人有关的资料和证明，作为审核本投保申请及评估相关理赔申请的依据，大地保险公司对个人资料承担保密义务。
- 7、本投保人/被保险人同意大地保险（指中国大地保险股份有限公司及其各级分支机构）及其因服务必要而委托的境内外第三方基于为本人提供服务及推荐产品等用途，可以收集、整理、保存、加工、提供和使用本人提供的及享受大地保险服务而产生的信息（包括但不限于本单证签署之前以及续保提供和产生的），但法律禁止的除外。大地保险及其委托的第三方对上述信息负有保密义务。
- 8、在此声明后至保险正式生效日之前，如上述声明内容发生改变，本人应及时通知保险人，保险人有权进行重新评估。

四、健康告知

投保人需确认被保险人是否有以下情况？

1、 被保险人是否从事油漆、有毒物质生产运输职业？

2、 被保险人的直系亲属（父母子女兄弟姐妹）是否有 2 位或 2 位以上在 60 周岁前被诊断为同一癌症？

3、 被保险人是否曾被诊断为下列任一疾病，出现以下任一体征或检查异常：

A、 恶性肿瘤（包括白血病）、癌前病变、原位癌、类癌、乙型肝炎或乙肝病毒携带者、丙型肝炎或丙肝病毒携带者、溃疡性结肠炎、胰腺炎；

B、 未明性质的肿块（如乳房肿块）/息肉/结节（如甲状腺结节）/肿瘤/新生物；

C、 吞咽困难、咳血、吐血、便血（非痔疮出血）或黑便、血尿、贫血、半年内非健身原因所致的体重减少 5 公斤以上。

D、 肿瘤标志物*或组织及细胞病理学检查异常；

4、 （女性适用）是否有不规则阴道出血、乳头异常溢液、糜烂或回缩、乳房表面皮肤凹陷、皱褶或皮肤收缩、宫颈肿物/上皮内瘤样病变、畸胎瘤、葡萄胎、绒毛膜癌或其他滋养细胞疾病？

注：肿瘤标志物*：甲胎蛋白（AFP）、癌胚抗原（CEA）、前列腺特异性抗原（PSA）、癌抗原 125（CA125）、癌抗原 199（CA199）、癌抗原 15-3（CA15-3）、癌抗原 50（CA50）、糖类抗原 242（CA242）、胃癌相关抗原（CA72-4）、铁蛋白（SF）、 β 2 微球蛋白（ β 2-MG）、神经元特异性烯醇化酶（NSE）、鳞状细胞癌抗原（SCCA）、核基质蛋白-22（NMP-22）、 α -L-岩藻糖苷酶（AFU），人绒毛膜促性腺激素（HCG）。

☐ 是

☒ 否

☒ 本人确认以上填写的各项内容均真实，未发生健康与职业声明中所有情形；日后如发现有不实告知，保险公司有权按《保险法》等有关法律规定解除或部分解除保险合同。

投保人签名：

日期：