

乐健一生医疗保险团体投保单

温馨提示

- 1.为使贵单位充分了解投保内容并维护贵单位的权益，投保前请贵单位仔细阅读本保险相关内容和条款，确认已充分理解保险责任、责任免除、如实告知、合同解除等重要事项后做出投保决定。若有不明白或异议，请在填写本投保单之前向业务人员进行询问，如未询问，视同完全理解并无异议。
- 2.投保单、被保险人清单及其它保险人认为有必要的资料（以下简称“投保资料”）是本公司签发保险单的依据，将成为保险合同的重要组成部分，对于本公司提出的各项询问，投保人、被保险人须如实告知，本公司承诺对投保资料内容保密。
- 3.请如实填写并确定所填写的内容全部正确无误，所有勾选事项请以“√”表示。
- 4.本投保单须加盖投保人公章并由投保单位法定代表人和授权经办人签名（章）确认。所有投保资料须加盖骑缝章。授权经办人的所有行为将全权代表投保人的意愿。
- 5.若贵单位已填写投保资料并签章，将视为投保人已充分理解保险条款并同意遵守。

第一部分：投保信息

公司名称：_____

地址：_____

保险联系人：_____ 办公室电话：_____ 手机：_____ 电子邮箱：_____

第二部分：险种计划

险种名称：永安乐健一生医疗保险条款

申请保障期间：自_____年____月____日零时起至_____年____月____日二十四时

投保责任：住院；门诊

第三部分：争议解决

协商不成的，提交

☐ 仲裁，仲裁机构：_____

☐ 有管辖权的人民法院

第四部分：健康调查问卷

请就**所有主被保险人与附属被保险人的**健康状况如实回答下列问题。若答案为“是”，请详细说明。**所有主被保险人和附属被保险**人中：

1. 目前有无身体残疾、患有职业病、正在病假中的被保险人？ ☐ 是 ☐ 否
2. 近期一年内有因患疾病而不能正常全勤工作或因此减轻劳动量的被保险人？ ☐ 是 ☐ 否
3. 目前有无被保险人被告知需要进行手术或住院治疗？ ☐ 是 ☐ 否
4. 现在或过去 2 年内有无患下列症状或疾病的被保险人： ☐ 是 ☐ 否
 - (1) 支气管扩张、慢性阻塞性肺病、肺结核、原发性肺动脉高压等呼吸系统疾病；
 - (2) 冠心病、心肌梗塞、心肌病、心脏瓣膜疾病、先天性心脏病、血管畸形等心血管系统疾病；
 - (3) 脑中风（脑出血、脑梗塞）、脑动脉瘤、癫痫、帕金森氏症、精神疾患等神经、精神系统疾病；
 - (4) 肝炎、肝硬化、肝脾肿大、消化道出血、胰腺疾病等消化道系统疾病；
 - (5) 肾炎、肾盂肾炎、肾病综合症、肾衰竭、血尿、蛋白尿等泌尿系统疾病；
 - (6) 白血病、再生障碍性贫血、淋巴瘤、血小板减少性紫癜、血友病等血液淋巴系统疾病
 - (7) 糖尿病、痛风、甲亢、甲减等内分泌系统疾病；
 - (8) 系统性红斑狼疮、系统性硬皮病、强直性脊柱炎、多发性肌炎、皮肌炎等免疫、结缔组织系统疾病；
 - (9) 任何癌症或任何未经证实的良性、恶性肿瘤，癌前病变、息肉、囊肿、结节、白斑、肿块、溃疡；
 - (10) 任何脊椎或肌肉骨骼疾病，风湿性关节炎
 - (11) 任何妇产科疾病，包括乳腺疾病，卵巢囊肿，子宫息肉，子宫肌瘤；
 - (12) 任何先天性或遗传性疾病、传染性疾病、性病或艾滋病
5. 是否有被保险人已怀孕？怀孕的人数以及预计的生产期？ ☐ 是 ☐ 否

上述健康告知若有任一被保险人回答“是”，请该被保险人如实、仔细填写个人健康告知书。

第五部分：声明与授权

1. 本单位确认：你公司已对投保种的各项保险条款内容履行了说明义务，并对保险责任、福利表、保险期间、责任免除、合同解除、保险金申请等履行了明确说明义务。本单位均已阅读和理解，并同意遵守。
2. 本单位同意此投保单为本公司与你公司订立保险合同的根据。本单位特此声明：投保单内所填报之资料，据本单位所知并确定全部真实且 正确无误。在填写本投保单后、你公司出具保险合同之前，如果任何被保险人的身体状况发生变化，本单位同意立即通知你公司。
3. 在申请投保时，本单位、拟投保的所有被保险人对上述重大疾病有如实告知义务。若因故意或重大过失等未能履行上述如实告知义务，你 公司有权调查重大疾病是否属于既往症，并重新核保或对该部分未如实告知的被保险人不承担上述疾病的责任，由此产生的你公司和该部分 未如实告知的被保险人之间的纠纷或责任由本单位承担。
4. 本单位谨此授权，且告知各被保险人并征得其同意，凡知道或拥有任何有关本单位及被保险人健康及其他情况的任何医院、诊所、医生、 保险公司或其他机构/人士，均可将有关资料提供给你公司，你公司在以提供保障及客户服务为目的之前提下，使用或向第三方机构提供本单 位及被保险人的相关个人信息。此授权书的影印本也同样有效。
5. 本单位理解并同意你公司对本投保书有拒绝或接受的权利。如果你公司对本投保申请书没有提出异议，本单位同意你公司直接安排出具正 式保险合同。本单位愿意按照保险条款的规定或付费通知支付保险费。

× 盖章 _____

× 日期 _____

货币单位：人民币元

保险人指定或认可的医疗机构	包括：
	一境内二级（含）以上公立医疗机构（含非普通部）
保险金额	500000 元
住院	等待期：30 日
	赔付比例：100%
费用项目	
床位费	日费用限额 600 元
膳食费、护理费	含
重症监护室费	日费用限额 2000 元
检查检验费	含
手术费、麻醉费、药品费、材料费、医疗机构拥有的医疗设备使用费	含
治疗费、医生费	含
手术植入器材费	累计赔付限额 50000 元
西式理疗费	含
耐用医疗设备费	累计赔付限额 20000 元
陪床费	日费用限额 600 元
同城急救车费	含
意外或疾病（对由下列意外或疾病引起的上述费用项目）	
癌症治疗、肾透析	累计赔付限额 200000 元
器官移植	累计赔付限额 200000 元
临终关怀	累计日数限额 30 日
精神和心理障碍	累计赔付限额 50000 元
门诊	等待期：30 日
	赔付比例：100%
	累计赔付限额 30000 元
费用项目	
挂号费、诊察费	次赔付限额 100 元
治疗费	含
药品费	甲乙类药品 100%赔付，自费药 0%赔付。
检查检验费	含
手术费	含
非正式住院的留院观察费用	含
中式理疗费	累计次数限额 10 次, 累计赔偿限额 2000 元
西式理疗费	累计次数限额 10 次, 累计赔付限额 4000 元
耐用医疗设备费	与住院情形对应费用合计: 累计赔付限额 20000 元
意外或疾病（对由下列意外或疾病引起的上述费用项目）	
中医(不含中式理疗)	累计次数限额 15 次, 累计赔付限额 2000 元
牙科意外伤害医疗	含
临终关怀	含
精神和心理障碍	累计次数限额 5 次