



“卓越”环球个人医疗保障计划 - 电子投保申请确认书

投保人/被保险人声明

1. 本人（我们）同意此确认书为本人（我们）与安盛天平财产保险股份有限公司（以下简称“安盛天平”）订立保险合同的依据。本人（我们）特此申明，确认书内所投保之资料，根据本人（我们）所知并确定全部正确无误。
2. **本人（我们）已经仔细阅读保单条款，尤其是黑体字部分的条款内容，并对安盛天平就保单条款内容的说明和提示完全理解，没有异议，申请投保。**
3. 在填写本确认书后而在安盛天平出具保险合同之前，如果任何被保险人的身体状况发生变化，本人（我们）同意立即通知安盛天平。安盛天平保留是否承保保险合同的权力。
4. 本人（我们）理解并同意安盛天平对本确认书有拒绝或者接受的权利。如果安盛天平对本确认书没有提出异议，本人（我们）同意安盛天平直接安排出具正式保单。本人（我们）愿意按照保单条款的规定或者付费通知支付保险费。
5. 本人（我们）同意保险合同将在支付了全额保险费和获得安盛天平核准后自保单所注明的生效日期起生效。
6. **本人（我们）理解并接受“卓越”环球个人医疗保障计划的条款、扩展条款、除外条款及免赔额，自付比率的规定。本人（我们）明白在收到本保险合同之后享有 14 个工作日的审阅期以审阅本保险合同。若本人（我们）在审阅期内决定本保险合同不适合本人（我们）的需求，本人（我们）可以以书面形式明确告知并将该保险合同解除，获得全额保费退还。若超过审阅期，则需依照保单条款载明的保险责任的取消/终止条款进行执行。**
7. 本人（我们）同意，授权安盛天平在理赔过程中要求为本人（我们）治疗、或检查的任何医院、医生或其他专业人士向安盛天平提供相关疾病或受伤治疗或检查的记录。任何本授权的复印件被视为等同于原件。
8. 本人（我们）理解附属于保险合同的医疗卡仅限于在保险合同项的承保范围内使用。如果由于计算错误或不属保障范围的项目而产生的医疗或其他费用，本人（我们）同意将此费用在 30 天内归还给安盛天平。本人（我们）同意一旦保险合同结束，附属于保险合同的医疗卡将归还给安盛天平。
9. 本人（我们）理解安盛天平有权向本人（我们）索取最新的医疗报告，本人（我们）将承担由此而产生的费用。
10. 本人同意安盛天平和其因服务必要而委托的第三方，基于为本人提供服务的用途可以收集、整理、保存、加工、使用本人及保险服务信息，法律禁止的除外。安盛天平及其委托的第三方对上述信息负有保密义务。

投保事项

	主被保险人	附属被保险人 1	附属被保险人 2	附属被保险人 3
姓名				
保险利益选择	<input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 住院+门诊 <input type="checkbox"/> 住院+门诊+牙科 <input type="checkbox"/> 住院+门诊+生育 <input type="checkbox"/> 住院+门诊+牙科+生育	<input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 住院+门诊 <input type="checkbox"/> 住院+门诊+牙科 <input type="checkbox"/> 住院+门诊+生育 <input type="checkbox"/> 住院+门诊+牙科+生育	<input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 住院+门诊 <input type="checkbox"/> 住院+门诊+牙科 <input type="checkbox"/> 住院+门诊+生育 <input type="checkbox"/> 住院+门诊+牙科+生育	<input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 住院+门诊 <input type="checkbox"/> 住院+门诊+牙科 <input type="checkbox"/> 住院+门诊+生育 <input type="checkbox"/> 住院+门诊+牙科+生育
保险计划选择	<input type="checkbox"/> 中国经典计划 <input type="checkbox"/> 中国精英计划 <input type="checkbox"/> 国际经典计划 <input type="checkbox"/> 国际精英计划 <input type="checkbox"/> 全球计划	<input type="checkbox"/> 中国经典计划 <input type="checkbox"/> 中国精英计划 <input type="checkbox"/> 国际经典计划 <input type="checkbox"/> 国际精英计划 <input type="checkbox"/> 全球计划	<input type="checkbox"/> 中国经典计划 <input type="checkbox"/> 中国精英计划 <input type="checkbox"/> 国际经典计划 <input type="checkbox"/> 国际精英计划 <input type="checkbox"/> 全球计划	<input type="checkbox"/> 中国经典计划 <input type="checkbox"/> 中国精英计划 <input type="checkbox"/> 国际经典计划 <input type="checkbox"/> 国际精英计划 <input type="checkbox"/> 全球计划

本电子投保申请确认书的上述内容为本人（我们）的真实意愿。本人（我们）确认已了解并认可确认投保书号为□□□□□□□□□□的投保书中投保人、被保险人信息、投保事项信息均准确无误，健康信息及其他告知内容属实，与本次投保有关的问卷均确实无误。如有不实告知，安盛天平有权依法解除保险合同，并对合同解除前发生的保险事故不承担保险责任。

投保人签字:	主被保险人签字:
日期:	日期:
	本人同意投保人为本人投保。

在投保人与附属被保险人没有法定保险利益而需征得被保险人同意的情况下，必须使用以下被保险人签名栏。

附属被保险人 1 签字	附属被保险人 2 签字	附属被保险人 3 签字
本人同意投保人为本人投保。	本人同意投保人为本人投保。	本人同意投保人为本人投保。
日期:	日期:	日期:

以下供经办单位/人员填写:

经办人声明: 本人已面晤投保人、被保险人就《“卓越”环球个人医疗保障计划投保书》及《“卓越”环球个人医疗保障计划电子投保申请确认书》列明的所有告知事项逐一向投保人、被保险人当面询问，就免除保险人责任条款进行了提示和明确说明，亲自见证投保人、被保险人在本确认书上签字。如有不实见证或报告，本人愿意承担相应法律责任。

经办人员签署: _____

日期: _____

经办人员所在单位/部门: _____