

乐健一生医疗保险个人投保单

温馨提示

1. 在填写本投保申请前, 请要求业务人员提供保险条款。请仔细阅读条款, 尤其是责任免除、合同解除等内容, 并听取业务人员的说明, 若对业务人员的说明有不明白或有异议, 请在填写本投保单之前向业务人员进行询问, 若未询问, 视同已经对条款内容完全理解并无异议。
2. 投保人对被保险人应当具有保险利益, 否则依据保险法合同无效。
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。
根据保险法和相关规定, 若您未履行如实告知义务, 则可能会导致保险合同被解除或本公司不承担相关保险责任。
4. 若有被保险人停止在中国大陆居住的连续时间超过三个月的话, 请及时通知本公司。本公司保留改变保费或拒绝承保的权利。
5. 投保时需提供投保人及所有被保险人的有效的身份证或护照等证件复印件。
6. 本投保单须由投保人亲笔签名确认, 不得以任何形式委托他人代签。

第一部分: 投保人及被保险人信息

投保人

名称: _____
 证照类型: _____ 证照号码: _____
 住所: _____ 省/直辖市/自治区 _____ 市/区 _____ 路/街 _____ 号/弄 _____ 号 _____ 栋 _____ 单元 _____ 室 邮编: _____
 保险联系人: _____ 办公电话: _____ 手机: _____ 电子邮箱: _____

主被保险人

姓名: _____ 性别: 男 女 生日(年/月/日): _____ 身高(厘米): _____ 体重(公斤): _____
 与投保人关系: _____ 国籍: _____ 吸烟: 是 否 证件类型: _____ 证件号码: _____
 行业: _____ 职位: _____ 职务内容: _____ 工作单位: _____
 住所: _____ 省/直辖市/自治区 _____ 市/区 _____ 路/街 _____ 号/弄 _____ 号 _____ 栋 _____ 单元 _____ 室 邮编: _____
 婚姻状况: 单身 已婚 有子女 办公电话: _____ 手机: _____ 电子邮箱: _____

附属被保险人

姓名: _____ 性别: 男 女 生日(年/月/日): _____ 身高(厘米): _____ 体重(公斤): _____
 与投保人关系: _____ 国籍: _____ 吸烟: 是 否 证件类型: _____ 证件号码: _____
 行业: _____ 职位: _____ 职务内容: _____ 工作单位: _____
 住所: _____ 省/直辖市/自治区 _____ 市/区 _____ 路/街 _____ 号/弄 _____ 号 _____ 栋 _____ 单元 _____ 室 邮编: _____
 办公电话: _____ 手机: _____ 电子邮箱: _____

姓名: _____ 性别: 男 女 生日(年/月/日): _____ 身高(厘米): _____ 体重(公斤): _____
 与投保人关系: _____ 国籍: _____ 吸烟: 是 否 证件类型: _____ 证件号码: _____
 行业: _____ 职位: _____ 职务内容: _____ 工作单位: _____
 住所: _____ 省/直辖市/自治区 _____ 市/区 _____ 路/街 _____ 号/弄 _____ 号 _____ 栋 _____ 单元 _____ 室 邮编: _____
 办公电话: _____ 手机: _____ 电子邮箱: _____

姓名: _____ 性别: 男 女 生日(年/月/日): _____ 身高(厘米): _____ 体重(公斤): _____
 与投保人关系: _____ 国籍: _____ 吸烟: 是 否 证件类型: _____ 证件号码: _____
 行业: _____ 职位: _____ 职务内容: _____ 工作单位: _____
 住所: _____ 省/直辖市/自治区 _____ 市/区 _____ 路/街 _____ 号/弄 _____ 号 _____ 栋 _____ 单元 _____ 室 邮编: _____
 办公电话: _____ 手机: _____ 电子邮箱: _____

第四部分：健康调查问卷

请就**主被保险人及其每一附属被保险人**的健康状况回答下列问题。若答案为“是”请详细说明。**主被保险人或其每一附属被保险人**是否：

1. 曾住过院或做过手术？ 是 否
2. 曾伤残过或治疗费超过人民币40,000元？ 是 否
3. 体检时被告知有任何异常？ 是 否
4. 曾因病或遭受意外伤害而休病假30日或以上？ 是 否
5. 在一年内有入院或手术安排？ 是 否
6. 有不适症状、曾经被诊断有或治疗过以下情况：

A. 慢性咳嗽，咯痰，咯血，哮喘，呼吸困难，支气管扩张，气胸，肺气肿，结核，胸膜炎，慢性支气管炎或其他呼吸系统疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	B. 腰痛，尿频，尿急，尿痛，排尿困难，血尿，蛋白尿，尿量异常，夜尿增多，面部浮肿，肾或尿路结石，肾炎，肾病，肾囊肿，肾积水或其他泌尿系统疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
C. 返酸，嗝气，恶心，腹胀，腹痛，便秘，腹泻，呕血，黑便，便血，黄疸，吞咽困难，溃疡，肠炎，胃病，疝气，直肠疾病，乙肝病毒携带，肝脏疾病，胆囊疾病，胰腺疾病或其他消化系统疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	D. 心悸，活动后气促，咯血，下肢水肿或静脉曲张，胸部不适或胸闷，晕厥，风湿热或心脏杂音，心律不齐，心肌炎，心血管疾病，心肌梗死，中风，动脉瘤，冠心病，高血压，高血脂，或其他循环系统疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
E. 头昏，牙龈出血，鼻出血，皮下出血，紫癜，骨痛，贫血或其他血液系统疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	F. 关节炎，痛风，腰背痛，颈椎病，腰椎病，肌肉萎缩，神经损害或其他肌肉骨骼 / 关节疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
G. 多汗，多饮，多尿，双手震颤，肥胖，色素沉着，闭经，糖尿病，甲状腺疾病，或其他代谢和内分泌系统疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	H. 头昏，眩晕，晕厥，记忆力减退，视力障碍，意识障碍，震颤，抽搐，惊厥，瘫痪，感觉异常，癫痫，失去知觉或其他神经系统疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
I. 前列腺疾病，乳腺痛，乳腺炎，月经不调，月经过多，子宫内膜异位症，子宫异常增大，卵巢囊肿，不孕不育，或其他男 / 女性生殖系统疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	J. 癌症，瘤或肿块，息肉，囊肿，腺体、淋巴结或器官增生肿大，皮肤疾病或色素沉着，乳房异常增生或其他相关的疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
K. HIV病毒感染，艾滋病，艾滋相关综合征或其他免疫系统疾病，传染病或性病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	L. 酗酒，吸毒，药物滥用，精神/神经、行为、情感或饮食障碍？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
M. 白内障、青光眼或其他眼疾患；听力损失；任何耳鼻喉疾患？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	N. 伤残性疾病，身体缺陷，遭受意外伤害影响、先天性疾病，遗传性疾病，基因缺陷，家族病史？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
O. 主被保险人或其附属被保险人 a. 现在怀孕了吗？ b. 是否有怀孕并发症？ c. 正打算通过自然或人工的方式拥有子女？ d. 因不育被建议需要接受检查、治疗、服药、或手术？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	P. 除了以上情况主被保险人或其附属被保险人： a. 每天抽烟超过15支或以任何方式食用烟草？ b. 在过去5年中，一年内体重增加或减少超过12公斤或25磅？ c. 其他的疾病？如果有，在下面的表格中请详细描述。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

对于回答“是”的项目，请在下面详细说明（可附页）。必要时，请提供医疗报告。

问题号	姓名	日期	病情	治疗情况	现在情况

请列明各被保险人在过去5年中最常用的2家医疗机构。

	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				
常用医疗机构1				
常用医疗机构2				

第五部分：声明与授权

1. 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，上述内容本人均已阅读和理解，并同意遵守。
2. 本人经仔细审阅后确认本投保单各项填写内容均属实，与之有关的资料均完整、确实无误，并由本人亲自提供。本人对上述问题所涉及的现在及过去的健康状况、生活方式和习惯均无隐瞒或遗漏。
3. 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，本人同意立即通知你公司。
4. 本人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，本人同意你公司直接安排出具正式保险合同。本人愿意按照保险条款的规定或付费通知支付保险费。
5. 本人谨此授权，凡知道或拥有任何有关本人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，此授权书的影印本也同样有效。
6. 本人谨此授权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人及被保险人的相关个人信息。
7. 本人理解你公司有权向本人及被保险人索取最新的医疗报告，本人及被保险人将承担由此而产生的费用。
8. 本人已知晓：只有在你公司依据本投保单同意承保并签发有关保险合同后，保险合同方始生效，生效日以保险合同所载为准。

× _____
投保人签名

× _____
日期（年/月/日）

标准福利表

	计划一	计划二
保险人指定或认可的医疗机构	包括： —境内二级（含）以上公立医疗机构普通部 —专业体检机构（仅适用健康检查责任） —专业齿科诊所（仅适用牙科责任）	包括： —境内二级（含）以上公立医疗机构（含非普通部） —专业体检机构（仅适用健康检查责任） —专业齿科诊所（仅适用牙科责任）
保险金额	200000元	500000元
终身赔付限额	1000000元	2500000元
住院	等待期：30日，赔付比例：100%	等待期：30日，赔付比例：100%
费用项目		
床位费	含	日费用限额1000元
膳食费、护理费	含	含
重症监护室费	含	日费用限额2000元
检查检验费	含	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	含
治疗费、医生费	含	含
手术植入器材费	累计赔付限额20000元	累计赔付限额50000元
西式理疗费	含	含
耐用医疗设备费	不含	累计赔付限额20000元
陪床费	含	日费用限额600元
同城急救车费	含	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100000元	累计赔付限额200000元
器官移植	累计赔付限额100000元	累计赔付限额200000元
临终关怀	不含	累计日数限额30日
精神和心理障碍	累计赔付限额20000元	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15000元	等待期：30日，赔付比例：100% 累计赔付限额35000元
费用项目		
挂号费、诊察费	次赔付限额100元	次赔付限额300元
治疗费	含	含
药品费	累计赔偿限额10000元	累计赔偿限额30000元
检查检验费	含	含
手术费	含	含
非正式住院的留院观察费用	含	含
中式理疗费	累计次数限额10次，累计赔偿限额1000元	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2000元	累计次数限额10次，累计赔付限额4000元
耐用医疗设备费	不含	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10次，累计赔付限额1000元	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	含
临终关怀	不含	含
精神和心理障碍	累计次数限额5次	累计次数限额5次
生育	等待期：12个月，赔付比例：100% 累计赔付限额：15000/30000元	
产前检查费		含
正常分娩/剖腹产费		含
妊娠并发症治疗费		含
因医学原因流产或终止妊娠费		含
产后复查费		含
出生后15天内的新生儿护理费		含
健康检查	赔付比例：100%，累计赔付限额：1000/2000元	
全身体检每一保险年度一次		含
其他常规检验和免疫接种		含
牙科	累计赔付限额：1000/2000元	
预防治疗费：包括常规牙科检查、牙齿健康指导、涂氟治疗、洁齿和抛光（预防）、每一保险期间两次以下（含）牙齿清洁检查费		赔付比例100%
基础治疗费：包括汞合金或复合树脂充填、简单拔牙、牙周刮治、根面平整费，以及相关口腔X光费		赔付比例80%
重大治疗费：包括根管充填、根管治疗、牙冠和嵌体、桥式义齿（包括化验和麻醉费用）、智齿拔除费，以及相关口腔X光费		赔付比例50%