美国友邦保险有限公司
江苏分公司
江苏省南京市山西路1号
银河大厦22、23楼
电话 ：(8625) 8326 0088
传真 ：(8625) 8312 1185
AIA.COM.CN

友邦团体保险被保险人加入申请表

收件盖章

保险合同编号：	投保人：	分支机构：	计划选项：

申请人声明

1. 本申请表与申请表有关的各份问卷及文件的各项声明与陈述确实无误，若不属实，则本申请将视为无效。
2. 本人授权保险公司从任何医生、医院、诊所、保险公司或任何组织单位，就有关保险事宜查询有关本人的其他有关证明文件。

A. 申请人资料

被保险人资料

姓名：	性别：	身份证/护照号码																	
身高_____（厘米）； 体重_____（公斤）		国籍：	出生日期： _____年____月____日																
联系电话：		住宅地址：																	
职业及职位描述：			劳动合同生效日：_____年___月___日																

附属被保险人资料（适用于配偶/子女计划）

与被保险人关系	姓名	身份证/护照号码															性别	出生日期			身高厘米	体重公斤
																		年	月	日		

B. 健康状况

	是	否
1) 过去 12 个月内，您或您的家属的体重是否有增/减？若“是”请注明原因及增减数量。	☐	☐
2) 过去 5 年内，您或您的家属曾否因健康原因住院或待业超过一星期？	☐	☐
3) 您或您的家属曾否患有、被告知患有或曾接受治疗以下病症：心脏疾病、中风、高血压、内分泌系统疾病 （包括糖尿病）、呼吸系统疾病、肝脏疾病（包括肝炎）及其他消化系统病症、生殖泌尿系统病症、恶性肿瘤、或尚未证实为良性或恶性的肿瘤、脊柱、肌肉或关节疾病、神经系统及脑部疾病（包括癫痫、瘫痪、抑郁症、精神病）、血液疾病、结缔组织疾病或任何其他严重疾病？	☐	☐
4) 您或您的家属曾否有以上未提及之其他任何疾病、症状、身体损害或残障？	☐	☐
5) 您或您的家属曾否接受或被提议接受外科手术？	☐	☐
6) 您或您的家属曾否申请医疗或人寿保险时被拒绝承保、延期或修改合同条款？	☐	☐
7) 您或您的家属是否曾接受、或打算接受与爱滋病（AIDS）或任何由性接触而传染的疾病的有关辅导、医疗咨询、治疗或任何检查？	☐	☐
8) 您或您的家属在过去九十日内曾否接受医生或药物治疗或检查？	☐	☐
9) 您或您的家属是否曾使用任何成瘾的药物、吸毒或过量喝酒或曾接受戒毒、戒酒治疗？	☐	☐
上述各项问题中，如有任何答案为“是”，请详细说明：		

申请人签署　　签署日期/地点　　授权代表签署及投保人公章