**团体人身保险告知书**

**投保单位：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **第一部分 投保各类人身保险业务，需告知的内容** | | | | | |
| 1、是否全员参保？如“否”，请详细描述。  参保比例: ％  详细信息： | | | | | ○是 ○否 |
| 2、投保单位员工是否均已参加当地公费医疗或基本医疗保险？如“否”，请详细描述。  参保比例： ％  详细信息： | | | | | ○是 ○否 |
| 3、投保单位是否正在申请或已购买其他保险公司的商业保险？如“是”，请详细描述。  其它保险公司名称：  详细信息： | | | | | ○是 ○否 |
| 4、过去两年内是否有员工死亡或伤残？ 如“是”，请填写： | | | | | ○是 ○否 |
| 年 | 疾病身故人数： | 意外身故人数： | 残疾人数： | 因伤住院人数： |
| 年 | 疾病身故人数： | 意外身故人数： | 残疾人数： | 因伤住院人数： |
| 5、是否有身体残疾或智力发育不全、精神疾病的被保险人？如“是”，请提供人数： | | | | | ○是 ○否 |
| 6、本申请涵盖的被保险人在保单年度内是否有预计在中国大陆以外地区停留累计超过90天的人员? 如“是”，请详细描述。  人数：  停留地区及原因： | | | | | ○是 ○否 |
| 7、本申请涵盖的被保险人是否有65周岁以上人员？如“是”，请详细描述。  人数：  详细信息： | | | | | ○是 ○否 |
| 8、员工连带被保险人是否包含未成年人？如“是”，请提供人数。  人数： | | | | | ○是 ○否 |
| **第二部分 投保综合员工福利保障业务，另需告知的内容** | | | | | |
| 9、本申请涵盖的被保险人的健康险申请是否曾经被拒保、延期或按照非标准体承保过？ | | | | | ○是 ○否 |
| 10、本申请涵盖的被保险人是否现在由于疾病或伤害不能履行正常的职责？ | | | | | ○是 ○否 |
| 11、本申请涵盖的被保险人的配偶、子女是否现在由于身体或精神伤残或伤害不能自食其力？ | | | | | ○是 ○否 |
| 12、本申请涵盖的被保险人正在住院，或被告知需要进行医疗治疗、手术或住院治疗？ | | | | | ○是 ○否 |
| 13、本申请涵盖的被保险人现在或过去2年内是否患下列症状或疾病?   * 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。 | | | | | ○是 ○否 |
| 14、本申请涵盖的被保险人是否正在怀孕? 如“是”，请详细描述。  怀孕人员的人数：  详细信息： | | | | | ○是 ○否 |
| **说明：上述第4、9-13项告知事项若为“是”，填写《团体人身保险－被保险人个人事项告知书》 ；第8项告知事项若为“是”，填写《未成年连带被保险人申明书》。** | | | | | |
| **第三部分 投保单位声明** | | | | | |
| **本告知书及附页所填各项内容均属事实。如有隐瞒或日后发现与事实不符，即使保单签发，贵公司可依法解除本保险合同，不负任何给付责任。**  **投保单位（签章）　　　　　　　　　　　　 日期：　　年　　月　　日** | | | | | |