



投保申请书

请以正楷字体填写所有相关信息

扫描二维码关注我们的官方微信，收获更多适合你和家人的健康睿智生活方式的内容分享。同时，我们还为您附上京东安联国际医疗险的保单详情，以及访问我们的医疗网络机构的便捷入口。



如果您申请添加连带被保险人，请提供您当前的保单号：

如果您申请加入当前的团体保险，请提供以下信息：

投保单位名称

保单号码

投保申请书填写指南

- 您必须完整填写本投保申请书并告知我们全部相关信息。收到您的投保申请后，我们的医疗核保团队将核验您的投保信息。若您已将病症告知我们，我们可能会要求您提供更多信息。之后我们将评估信息，并尽快将评估结果通知您。
- 若您已购买我们的医疗保险，请您向我们提供自您加入保险期间，因任何疾病而向我们索赔的相关信息。
- 第7部分必须由主被保险人签署，第8部分和第11部分必须由全部成年投保人签署。根据数据保护条例，我们需要得到你的签名才能处理您的申请。未满18周岁的投保人应由家长或监护人填写该部分内容。如果您需要任命经纪人作为本保单的主要联系人，您保单内的所有成年投保人需要签署第9部分。
- 若投保人正在接受牙科治疗，请务必填写牙科问卷。如果您需要获取牙科问卷，请直接发邮件至：Health.ClientServices@allianz.cn

在您的保单文件中出现以下词语时，其定义如下：

母国：是指被保险人或连带被保险人国籍所在地或被保险人的长期居住国。

常驻国：指主被保险人及其连带被保险人（若适用）每年居住时间达6个月以上的国家（地区）。

1 投保人详细信息（请注意该投保人将成为主被保险人）

若您的通讯地址发生任何变化，请及时通知我们，以便我们与您联系。只要投保人未满76周岁，我们都会考虑为您承保。

先生 女士 其他 姓

名

出生日期 年 月 日 性别：男 女

护照号/身份证号

护照/身份证有效期至 年 月 日

母国

国籍

常驻国

常驻国的通讯地址（必填） 省

市 区

街道及门牌号

主联系电话 国家/地区代码 区号

次联系电话 国家/地区代码 区号

电子邮件地址（必填，请以清晰字体填写）

职业（必填）（若是学生，请在此注明）

行业类型（必填）

请选择您希望收到您的保单文件的语言： 英文 中文

您目前持有的国内或国际医疗保险的详细信息：

保险公司名称

保单编号 保单生效日期 年 月 日

2 需要添加的连带被保险人

家属可以包括您的配偶或伴侣，以及任何在经济上依赖于您的未满18周岁的子女，或仍在接受全日制教育的未满24周岁的子女。若他们年龄为 18 至 23 周岁且仍在接受全日制教育，请附上他们所在学院或大学开具的确认其学生身份的信函或学生证复印件。只要您的家属未满76周岁，我们都会考虑为其承保。如果没有足够的空间填写所有家属信息，请使用另一张投保申请书。

	连带被保险人 1	连带被保险人 2	连带被保险人 3
与投保人关系	配偶/伴侣 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/>	配偶/伴侣 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/>	配偶/伴侣 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/>
姓			
名			
出生日期	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
性别	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>
护照号/身份证号及其有效期	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
职业（必填）， （若是学生，请注明）			
电子邮件地址（若连带被保险人年满18周岁，必填）			
母国			
常驻国			
国籍			

您目前持有的国内或国际医疗保险的详细信息

当前保险公司名称 (若适用)			
当前保单编号 (若适用)			

3 保险起始日

请注明您需要医疗保险的起始日期: 年月日

在我们签发保险凭证后，您的投保申请被确认接受。请注意，您的保险的生效日期可能与您要求的保单生效日有所不同。保险生效日期将以保险凭证显示的起始日期为准。

4 保险计划详细信息（如果您申请的是某项团体计划，此部分不需填写）

请注意，您所选择的每项保险计划将适用于所有连带被保险人。

请选择承保地域

承保地域将受《个人保单利益指南》条款和条件的约束。

全球 全球除美国 大中华区

请选择核心计划

与孕产计划相关的医疗费用，仅当怀孕起始日期是在180天等待期结束后方可赔付。
请参阅《个人保单利益指南》和《保单利益表》，以了解以下各种计划的详细信息。

钻石至尊核心计划 钻石卓越核心计划 钻石优选核心计划

请选择您的核心计划免赔额

核心计划免赔额应按每人每保险年度支付。

无免赔额 15,000 元 30,000 元

6 健康状况声明

请根据您的自己和您家属的完整医疗史回答以下问题。所有重要事实（可能会影响我们评估和接受本申请的事实），均须披露。如果您对某状况是否为重要事实有疑问，您应该向我们披露。未能披露所有重要事实可能导致保单被解除。

此健康状况声明在您填写完成并签署申请书之日起的两个月内有效。如果在签署本投保申请书后的两个月内投保程序未能完成，您会被要求填写一份附加表格，以确认您和连带被保险人的健康状况及相关信息是否有任何变化。

投保人	连带被保险人 1	连带被保险人 2	连带被保险人 3
身高 □□□ 厘米	□□□ 厘米	□□□ 厘米	□□□ 厘米
体重 □□□ 公斤	□□□ 公斤	□□□ 公斤	□□□ 公斤
过去的一年您是否吸食过任何类型的烟草？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 30 根以下 /天 <input type="checkbox"/> 30 根或以上 /天 <input type="checkbox"/> 若超过 30 根，请注明每日平均用量 □□□ /天	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 30 根以下 /天 <input type="checkbox"/> 30 根或以上 /天 <input type="checkbox"/> □□□ /天	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 30 根以下 /天 <input type="checkbox"/> 30 根或以上 /天 <input type="checkbox"/> □□□ /天	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 30 根以下 /天 <input type="checkbox"/> 30 根或以上 /天 <input type="checkbox"/> □□□ /天
您是否饮酒？ (1小杯烈酒=1单位，250毫升啤酒=1单位，1杯葡萄酒=1单位，如果从不饮用，请注明“零”) 20 单位以下 /周 <input type="checkbox"/> 20 单位或以上 /周 <input type="checkbox"/> 若超过 20 单位，请注明每周平均用量 □□□ /周	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 20 单位以下 /周 <input type="checkbox"/> 20 单位或以上 /周 <input type="checkbox"/> □□□ /周	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 20 单位以下 /周 <input type="checkbox"/> 20 单位或以上 /周 <input type="checkbox"/> □□□ /周	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 20 单位以下 /周 <input type="checkbox"/> 20 单位或以上 /周 <input type="checkbox"/> □□□ /周
您是否佩戴眼镜或隐形眼镜？ 如果是，请注明： • 具体情况 • 每只眼睛的屈光度数 (此信息可在配镜处方上找到)	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> □□□□ 右眼 □□□□ 左眼	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> □□□□ 右眼 □□□□ 左眼	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> □□□□ 右眼 □□□□ 左眼

1. 本申请所涉人员是否曾有过以下病症的症状或患有以下病症，或曾因此而接受化验、检查或治疗（包括门诊或住院）：

- (a) 任何心脏或循环系统疾病，包括但不限于：心脏病、冠心病、心律不齐、心脏杂音、胸痛、血栓、血液病、血压异常、高胆固醇等疾病？ 是 否
- (b) 任何皮肤疾病，包括但不限于：牛皮癣、皮炎、湿疹、过敏、痤疮等疾病？ 是 否
- (c) 任何内分泌疾病或失调问题，包括但不限于：糖尿病、体重问题、痛风或甲状腺问题、或荷尔蒙失调等问题？ 是 否
- (d) 任何眼、耳、鼻或咽喉疾病，包括但不限于：白内障、青光眼、听力损失、鼻窦问题、扁桃腺、增殖腺等问题？ 是 否
- (e) 任何肠胃功能紊乱问题或肠胃疾病，包括但不限于：胃病、疝病、痔疮、胆结石、结肠息肉、克罗恩病、结肠炎、肝病等疾病？ 是 否
- (f) 任何传染病或病毒性疾病，包括但不限于：甲肝、乙肝、丙肝、疱疹、艾滋病、疟疾、脑膜炎、血液感染、性传播疾病、狼疮、干燥综合征或硬皮病？ 是 否
- (g) 任何肌肉或骨骼疾病，包括但不限于：背痛、颈部痛、关节痛、关节炎、瘫痪、纤维肌痛、关节置换或任何软骨和韧带疾病？ 是 否
- (h) 任何神经系统疾病，包括但不限于：中风、多发性硬化症、癫痫、神经退行性疾病、偏头痛、坐骨神经痛、神经疼痛等疾病？ 是 否
- (i) 任何肿瘤疾病，包括但不限于：癌症、白血病、肿瘤、皮肤、肿块、囊肿、息肉、痣等病变？ 是 否
- (j) 任何精神或心理疾病，包括但不限于：抑郁、焦虑、慢性疲乏综合症、饮食失调、酗酒或吸毒问题、阿尔茨海默病或其他痴呆症等疾病？ 是 否
- (k) 任何呼吸道疾病，包括但不限于：慢性阻塞性肺病、哮喘、支气管炎、鼻窦炎或气短等疾病？ 是 否
- (l) 任何泌尿生殖系统疾病，包括但不限于：肾脏或尿道问题、月经障碍、生育问题、子宫肌瘤、子宫内膜异位、睾丸或前列腺问题等疾病？ 是 否
- (m) 任何其他尚未披露的既往病症，包括但不限于意外、伤情、或创伤？ 是 否

2. 请告知我们您或您的家属是否存在以下情况：

- (a) 当前正在服用任何处方或非处方药物、或其他药品或接受任何治疗？ 是 否
- (b) 因以上的意外、伤情、疾病或其他病情，而想做一次医学检查，或者被建议接受进一步的医疗检查/检验，又或者正在等待任何检查结果或治疗？ 是 否

7 声明

请仔细阅读以下声明，仅当您已理解并接受这些内容后方可在下面签名并注明签署日期。

- 我声明，上述提供的所有信息都是真实完整的，包括那些并非我亲笔书写的回答。我并未隐瞒、虚假陈述或错误说明任何重要事实。我理解本申请将构成京东安联财产保险有限公司与我之间的合同基础，任何错误、不正确或误导的声明或对重要医疗信息的隐瞒都可能导致保单被解除。
- 若我或我的连带被保险人的健康状况在填写本表格至保单生效日期之间发生任何变化，我保证以书面形式立即通知京东安联财产保险有限公司。
- 本人同意放弃所可能享有的与本人身体状况相关的医疗记录的保密权/隐私权。本人还同意京东安联财产保险有限公司在其认为适当的时候检查与我的健康状况有关的声明，并与其他医疗保险公司核实与以前或现有合同有关的所有声明。
- 在有关法律限制下，京东安联财产保险有限公司（或其医疗顾问及其代理，或与此相关任何纠纷的第三方）可以从医疗保健专业人士处获取本人相关医疗信息。在此情况下，我授权所有此类医生、医师、牙医、专业医疗机构成员、医院员工和健康管理机构以及医疗机构提供我的医疗记录。同时我代表我未满18周岁的连带被保险人作此声明，包括无法评估此声明含义的家属。
- 我同意京东安联财产有限公司为本保险的目的收集我的个人资料(该资料不论是从本投保单上或其他地方所获取)并授权可由京东安联财产保险有限公司或任何与其有关的机构（监管机构或行业协会保险信息平台）或其他人士(不论在中国或海外地方)持有、转告、及用于处理及审核此投保单或其他保险事宜，提供与该保险有关之服务，及与我联络的用途。
- 我确认我已阅读并理解了此保单的全部定义、保险责任、责任免除和条件，包括与既往病症相关的详情。
- 我理解：
 - 如果在签署本投保申请书后的两个月内，投保程序未能完成，我会被要求填写一份附加表格，以确认我和连带被保险人的健康状况及相关信息是否有任何变化。
 - 本申请需经京东安联财产保险有限公司明示接受。若我申请加入某当前的团体保险计划，本申请须建立在该团体计划继续生效的前提下，且需遵循所加入的团险计划的条件与条款。
- 我接受：
 - 我将负责检查所签发的保险凭证中所包含信息的准确性。遇有内容与申请书不符，若我在保险凭证签发之日起 30 天内未提出反对，则视为我已接受该保险。
 - 此保单将遵循自续约日期起生效的《保单利益指南》中包含的各项条款。
 - 若所选择的保单计划组合仍然生效，并且京东安联财产保险有限公司还可继续为我的居住区域提供医疗保障，在所有保费已全额支付且我的付款方式仍然有效的前提下，我的投保协议（如果我申请的是个人保险）在下一个保险年度开始时将自动续约。在续约日到期的前一个月，我将收到一份新的《保险凭证》，该凭证会列明在下一个保险年度需缴纳的保费。
 - 我明白我需要向医疗机构支付任何不属于赔保范围内的医疗费用，我的保险公司没有责任支付非赔保范围内的费用。如果京东安联财产保险有限公司发现，在我的保单下支付给某医疗机构的索赔涉及到非赔保范围的费用，我会被要求向保险公司退还该费用。我明白，若不退还非赔保范围的费用，可能会导致我的保险暂停，直至退款得到结算。如果拖欠的款项在规定的付款期限仍未退还，我的保险将被取消。
 - 我有责任确认我的医疗保障是否受居住国医疗保险监管政策的约束，并确认我的医疗保险利益符合法律规定。

作为投保人，我代表本申请所包含的所有人员签署本申请并注明签署日期。



投保人签名

投保人姓名（正楷字体）

日期

年月日

8 主被保险人任命

该部分必须由希望任命主被保险人作为合同主要联系人的全部连带被保险人填写

您可以指定保单管理人作为保险的主要联系人以协助您管理保单。若您需要，只需在下面选择“是”即可。

我在此授权

投保人姓名

代表我行使对此保单的管理，包括对敏感医疗信息的披露。此授权将保持生效，直到我以书面形式向 京东安联财产保险有限公司提出撤销的请求。



连带被保险人1签名

年月日

连带被保险人2签名

年月日

连带被保险人3签名

年月日

9 中介任命

若适用

作为投保人，本人授权

INSERT NAME OF BROKER

仅供经纪人使用-经纪人详细信息及公章

代表所有本申请书中所包含的人员，行使对此保单的管理，包括对敏感医疗信息的披露。此授权将保持生效，直到我以书面形式向 京东安联财产保险有限公司提出撤销的请求。



投保人签名

连带被保险人1签名

连带被保险人2签名

连带被保险人3签名

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

10 我们注重保护您的个人隐私

我们的隐私保护声明解释了我们如何保护您的隐私。这一重要声明描述了我们如何处理您的个人信息，在向们提交您的信息之前，您都应仔细阅读。若想阅读我们的隐私保护声明，请访问：www.allianz.cn/en/legal_notes/Private_Policy.jsp

或者，您还可以拨打电话400-800-2020（中国境内）或+86-20-8513-2999（中国境外）联系我们，以索取完整的隐私保护声明的纸质版本。若您对我们使用您个人信息有任何疑问，请随时通过电子邮件与我们联系：Health.ClientServices@allianz.cn

11 数据同意

我们需要得到您的同意来收集和您的健康和其他数据。如果您未明确同意处理您的个人数据（如下所述），我们将无法为您提供您想购买的保单和处理您的索赔。如果您同意，您的数据将按以下内容进行处理。

父母或监护人应帮助完成任何未满18周岁成员的同意。该同意将适用于保单生效后出生的连带被保险人。

本人（投保人）和下列连带被保险人同意以下内容：

投保人姓名	连带被保险人1姓名	连带被保险人2姓名	连带被保险人3姓名

- 我同意保险人收集、存储以及使用我的健康数据。** 为了管理保单，京东安联可以收集，存储和使用我的健康数据，例如向我提供保险报价，医疗核保或处理任何理赔。京东安联可以根据适用于此保单的消费者法规或其他适用法律保留我的健康数据。
- 我同意保险人可从第三方处获得我的数据。** 京东安联可从医生、护理和医院工作人员、其他医疗机构、护理机构、社会保险、保险赞助人、专业协会、公共机构等处获得我的健康和其他数据，为我提供保单、医疗核保、以及处理理赔。我同意上述有关第三方和京东安联可以根据上述目的分享和使用我的健康以及其他数据。
- 我同意京东安联在下列情况下可对外分享我的数据。** 京东安联可以与下列专家或机构分享我的健康和其他数据，这些机构的数据使用范围和目的与京东安联相同。我已了解京东安联已与这些机构签订了合同协议，以保护我的数据。我同意这些机构和京东安联出于下列目的分享和使用我的健康及其他数据：
 - 与独立的医疗专家分享和使用我的健康及其他数据，从而评估保单风险以及评估我可享有的保单利益，或者评估第三方机构根据我的保单为我提供治疗或服务时我所享有的利益。
 - 与代表京东安联执行某些服务的非安联集团公司服务提供商分享和使用我的健康及其他数据，例如需要收集和使用我的健康和其他数据来进行风险评估和理赔处理：
 - 这些服务涉及到收集和使用我的健康和其他数据；
 - 由于我而导致此类数据缺失，京东安联将无法管理我的保单或向我支付赔偿金额。
 - 与和京东安联共同承担保险风险、签发保单和处理理赔的共保人分享和使用我的健康及其他数据。
 - 与可能同时承担相同保险风险的其他医疗保险人/再保险人（在多重保险的情况下）分享和使用我的健康及其他数据从而：
 - 共同分担符合保险资格的赔偿金，或
 - 在侦查或预防欺诈和金融犯罪方面进行合作。

如果我对上述偏好有所改变，包括撤回对以上所述的同意，我可以通过电子邮件的形式通知京东安联：Health.groupadmin@allianz.cn



投保人签名

连带被保险人1签名

连带被保险人2签名

连带被保险人3签名

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

12 营销偏好

本人（投保人）和连带被保险人同意京东安联收集、使用和披露我的个人信息以向我提供市场营销信息，并且我知晓我的个人信息仅被用于以下我明确表示同意的内容和活动。

投保人姓名	连带被保险人1 姓名	连带被保险人2 姓名	连带被保险人 3 姓名

由京东安联发送有关其产品与服务的信息，包括其最新的推广信息和新产品与服务的更新信息。

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

由其他安联集团公司直接发送的有关其产品和服务的信息。我已知晓保险人将为此向其披露我的相关联系信息。

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

由京东安联的商业伙伴直接发送的有关其产品和服务的信息。我已知晓保险人将为此向其披露我的相关联系信息。

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

此类通信应通过以下方式发送给我：

电子邮件	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
App消息通知	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
电话	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
邮件	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13 付款明细

如果您申请的是加入某项团体计划且您的雇主支付您的保费，此部分不需要填写。


请注意您的保费需以人民币通过银行转账支付。请您在被告知您的保单号码后，再支付您的保费。

请选择您希望缴付保费的频率。分期付款需额外缴纳以下附加管理费：每年度附加管理费为0%，每半年度附加管理费为 3%，每季度附加管理费为4%。

每年	每半年度	每季度
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

请把您填写完整的《投保申请书》交给贵公司人力资源部或贵公司的团体医疗保险管理人（如果您申请的是加入某项当前的团体保险）。另外您还可通过以下方式寄送：

 电邮至: Health.Underwriting@allianz.cn

 邮寄地址: 上海
中国上海市
浦东新区银城中路501号
上海中心大厦14层1408室
京东安联财产保险有限公司上海分公司健康险部
邮编: 200120

北京
中国北京市
大兴区亦庄经济技术开发区荣华南路2号大院
大族广场T3, 16、17层
京东安联财产保险有限公司北京分公司健康险部
邮编: 100176

 若您对此投保申请书或投保程序有任何疑问，请联系我们的客服热线：4008866014（中国大陆境内）或 (+ 86) 10 85355624（中国大陆境外）。

我们不会提供任何保险保障、不会负责赔偿任何索赔或进行任何保障利益给付，若该等保险保障、赔偿或给付会使保险人违反联合国的任何制裁、禁止、限制决议，或者违反中华人民共和国、欧盟、美国和/或任何其他国家适用的贸易或经济制裁决议、法律、法规。

京东安联财产保险有限公司的综合偿付能力充足率达到监管要求，且最近季度风险综合评级（分类监管）结果为A类。详情可登录 <https://www.jdallianz.com/zh/public-info/public-info.html#power> 查询。

京东安联财产保险有限公司是本保险单的保险人并提供中国大陆境内的保单服务。京东安联财产保险有限公司注册于中国并接受中国银行保险监督管理委员会监管。注册地址：广东省广州市天河区珠江西路5号广州国际金融中心主塔写字楼第34层01-05、11、12单元，统一社会信用代码：914400005517258765。

AWP Health & Life SA是一家注册于法国的有限责任公司并接受法国保险法规监管，其爱尔兰分公司受京东安联财产保险有限公司委托代为管理中国大陆境外的保单服务。法国注册号：No. 401 154 679 RCS Bobigny (博比尼)。爱尔兰分公司在爱尔兰登记注册，注册号：907619。地址：15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12 (都柏林), Ireland (爱尔兰)。Allianz Care 和Allianz Partners是AWP Health & Life SA的注册贸易名称。