



☐增加被保险人 ☐减少被保险人 ☐替换被保险人 (请将替换的人员分别填写在同一行增加、减少的人员信息栏中) 变更原因: \_\_\_\_\_ 单位: 元

全国客户服务电话：95500  
公司网址：www.cpic.com.cn

## 团体人身保险投保团体告知书

保险单号码:

投保人名称:

本告知书年金类险种无须填写；寿险填写 1-6 项及 8 项；意外险及意外医疗险填写 1-3 项及 8 项；其他健康险填写 1-8 项。

1. 投保团体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

保险公司\_\_\_\_\_险种名称\_\_\_\_\_

保费规模\_\_\_\_\_赔付额度\_\_\_\_\_

☐是 ☐否

2. 过去两年内是否有成员死亡或伤残？如“是”，请填写：

|   |        |        |      |        |   |
|---|--------|--------|------|--------|---|
| 年 | 疾病身故人数 | 意外身故人数 | 残疾人数 | 因伤住院人数 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 年 | 疾病身故人数 | 意外身故人数 | 残疾人数 | 因伤住院人数 |   |

3. 是否有身体残疾或智力残疾、精神残疾的被保险人？

☐是 ☐否

4. 目前是否有成员尚在病假中？

☐是 ☐否

5. 近一年内是否有成员因患病而不能全勤工作或减轻劳动量？

☐是 ☐否

6. 现在或者过去是否有患恶性肿瘤、癫痫、精神病、严重高血压、心脏病、中风、糖尿病酮症酸中毒、肾病、肾功能衰竭、肝硬化、白血病、血友病、红斑狼疮、艾滋病检测呈阳性反映等病症的被保险人？

☐是 ☐否

7. 投保团体是否已参加当地公费医疗或基本医疗保险？

如“是”，参保人数 ☐ 全部 ☐ 部分\_\_\_\_\_人；请详细描述参保情况\_\_\_\_\_☐是 ☐否

8. 成员连带被保险人是否包含未成年人？

☐是 ☐否

郑重说明：上述 1-8 项告知事项若为“是”，请按照本公司要求填写《团体人身保险被保险人个人事项告知书》；如有告知不实，本公司有权解除保险合同或取消被保险人资格。第 8 项告知事项若为“是”，请按照本公司要求填写《未成年连带被保险人声明书》。若空白未作选择，则视作以上问询告知均为“否”。

投保人（签章）：\_\_\_\_\_