

投保人详细资料

姓: _____

名: _____

中间名或教名: _____

身份证/护照号码: _____ 国籍: _____

出生日期(日/月/年): _____ 身高(厘米): _____ 体重(公斤): _____

性别(男/女): 是否吸烟: 是 否

职业(行业性质和工作职责): _____

居住国家: _____

备注: 本保险项下, 投保人在为自己投保的基础上, 方可为其他被保险人投保, 其他被保险人的详细资料请于下表填写; 本投保单中提及被保险人时, 应指包括投保人。

联系方式

电邮: _____

家庭电话: _____ 工作电话: _____

手机: _____ 传真: _____

现居住地址

 _____ 城市: _____

省/自治区: _____ 国家: _____

通讯地址(如与居住地址不同, 请填写):

 _____ 城市: _____

省/自治区: _____ 国家: _____

计划选择

| 1. 可选计划 | <input type="checkbox"/> 优越 100 | <input type="checkbox"/> 优越 200 | <input type="checkbox"/> 优越 300 | <input type="checkbox"/> 优越 400 | <input type="checkbox"/> 优越 500 |
|---|--|--|--|--|--|
| | 仅承保住院医疗, 且有分项限额 | 仅承保住院医疗, 有分项限额, 但可选择附加门诊医疗 | 全面住院医疗计划, 并可承保住院前后的医疗费用 | 全面的住院和门诊医疗保障 | 全面的住院和门诊医疗保障以及生育保障 |
| 2. 免赔额 - 请选择您需要的免赔额(美元) | <input type="checkbox"/> 500 <input type="checkbox"/> 1,000 <input type="checkbox"/> 2,000 <input type="checkbox"/> 5,000 | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 500 <input type="checkbox"/> 1,000 <input type="checkbox"/> 2,000 <input type="checkbox"/> 5,000 | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 500 <input type="checkbox"/> 1,000 <input type="checkbox"/> 2,000 <input type="checkbox"/> 5,000 | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 500 <input type="checkbox"/> 1,000 <input type="checkbox"/> 2,000 <input type="checkbox"/> 5,000 | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 500 <input type="checkbox"/> 1,000 <input type="checkbox"/> 2,000 <input type="checkbox"/> 5,000 |
| 3. 承保区域 - 升级至全球计划 | | | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 是 |
| 4. 其他可选保障 | <input type="checkbox"/> 齿科 | <input type="checkbox"/> 齿科 <input type="checkbox"/> 门诊医疗 | <input type="checkbox"/> 齿科 | <input type="checkbox"/> 齿科 | <input type="checkbox"/> 齿科 |
| 5. 人身意外伤害保险 - 请选择您的计划 | <input type="checkbox"/> 经典 | | <input type="checkbox"/> 优越 | | <input type="checkbox"/> 卓越 |
| | 未成年人计划 | 成年人计划 | 未成年人计划 | 成年人计划 | 未成年人计划 成年人计划 |
| <input type="checkbox"/> 意外身故、残疾及烧伤保障(美元) | 15,000 | 75,000 | 15,000 | 150,000 | 15,000 300,000 |
| <input type="checkbox"/> 每日住院津贴(每一保险年度总赔偿日数以90天为限)* | 无 | 45 | 无 | 80 | 无 80 |

*本保障项目需在投保意外身故、残疾及烧伤保障的基础上方可投保。

| 年保险费 (美元) | 年龄 | 经典 | 优越 | 卓越 |
|--------------|--------|-----|-----|-----|
| 意外身故、残疾及烧伤保障 | 成年人计划 | 150 | 300 | 600 |
| | 未成年人计划 | 35 | 35 | 35 |
| 每日住院津贴 | 18-29 | 55 | 90 | 90 |
| | 30-39 | 85 | 140 | 140 |
| | 40-49 | 115 | 190 | 190 |
| | 50-65 | 160 | 265 | 265 |

备注: 保险合同项下, 如涉及外汇兑换, 所有赔偿限额/保险金额与保险费均以美元或按美元兑人民币汇率为6.4换算的等值人民币计算。

请选择保单币种 (理赔金支付的币种同保单币种): 美元 人民币

期望保险起始时间(日/月/年): / /

被保险人

| 资料 | 被保险人 1 | 被保险人 2 | 被保险人 3 | 被保险人 4 |
|-------------------|---|---|---|---|
| 姓 | | | | |
| 名 | | | | |
| 与投保人关系 | | | | |
| 婚姻状况 | | | | |
| 国籍 | | | | |
| 护照 / 身份证号码 | | | | |
| 出生日期 (日/月/年) | | | | |
| 性别 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 身高 (厘米) & 体重 (公斤) | | | | |
| 是否吸烟 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 职业 | | | | |

社会基本医疗保险

| | 投保人 | 被保险人 1 | 被保险人 2 | 被保险人 3 | 被保险人 4 |
|---|---|---|---|--|---|
| 在中国大陆境内, 您或任何其他被保险人是否享有社会基本医疗保险? | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 若某被保险人享有社会基本医疗保险, 您是否愿意选择该被保险人在中国大陆境内就诊时, 必须使用社保参保身份凭证 (包括但不限于社保卡或医保卡) 在社保定点医院挂号就诊并先行在社会基本医疗保险项下结算? | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| <p>若您在上述勾选框中确认选择“是”, 则在保险合同项下就该被保险人所投医疗保障而应付的保险费, 您可以享受5%的保险费优惠, 但对于该被保险人在中国大陆境内的社保定点医院以外的医疗机构所发生的医疗费, 或者虽在社保定点医院就诊, 但属于下列任一情形的医疗费: (1) 未按约定使用社保参保身份凭证 (包括但不限于社保卡或医保卡) 挂号就诊而产生的医疗费; (2) 未先行在社会基本医疗保险项下结算的医疗费, 保险公司不负任何赔偿责任。</p> | | | | | |

是 申请投保的18周岁以下的未成年人是否已在本保险公司或其他保险公司参保以死亡为给付保险金条件的人身保险? (注: 如勾选本项, 则本保险公司不接受为该未成年人投保上述可选保障项下人身意外伤害保险的应用; 如未勾选, 则视为未在本保险公司或其他保险公司参保以死亡为给付保险金条件的人身保险。)

身故保险金受益人 (若选择了人身意外伤害保险保障, 须填此项)

| | 被保险人 | 身故保险金受益人姓名 | 护照/身份证号码 | %受益份额 | 出生日期 (日/月/年) | 与被保险人关系 |
|---|------|------------|----------|-------|--------------|---------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |

若受益人资料为空白, 则身故保险金将作为被保险人的遗产; 若未填写受益份额, 受益人将按照相等份额享有保险金。



健康状况问卷

重要提示:

本投保单上所有问题的回答内容将成为订立保险合同的依据, 并成为保险合同的一部分。因此, 请在回答问题时提供关于被保险人的所有准确、可信和完整的信息; 否则, 会影响保障的有效性, 或导致无法获得理赔。

1. 被保险人是否居住在上述惯常居住地以外的国家。如果“是”, 请提供详细国家信息。

是 否

2. 被保险人的职业是否涉及海上、水下、地下或体力工作? 或需要在偏远地区工作?
如果“是”, 请提供详细信息。

是 否

3. 被保险人之前是否申请过或已经拥有美亚外籍人士医疗保险? 如果“是”, 请提供保单号。

是 否

4. 被保险人之前是否已经拥有其他保险公司的医疗保险? 如果“是”, 请提供保单和保障利益表的复印件, 并请说明如果本公司接受投保申请, 该被保险人是否继续投保其他公司的医疗保险。

是 否

5. 被保险人的寿险、疾病、意外残疾、重大疾病或医疗保险保单或投保申请曾被谢绝、延期、拒保、解除或附加任何特别条件(包括增加保险费或特别免责条款)? 如果“是”, 请提供完整信息。

是 否

6. 在过去五年内, 被保险人是否曾经罹患、诊治、咨询过下列疾病或症状:

是 否

以下问题中如有任何问题答案为“是”, 请详细说明相关情况并完成相关问卷。其他健康问题, 请在第四页上提供详细信息。

1) 癌症、白血病、肿瘤(良性或恶性)或囊肿? 如果“是”, 请填写肿瘤及囊肿调查问卷。

是 否

2) 哮喘、持续性咳嗽、咳血、胸闷、呼吸困难、慢性支气管炎、慢性鼻炎、过敏、鼻中隔偏曲、肺结核或任何肺部疾病或异常? 如果“是”, 请填写呼吸系统调查问卷。

是 否

3) 胸痛、血压升高、胆固醇升高、心脏杂音、心脏病、呼吸困难、心率异常、风湿热、静脉曲张或循环异常?
如果“是”, 请填写心血管系统调查问卷。

是 否

4) 消化不良、胃炎、胃或十二指肠溃疡、便血、瘘管、疝气、痔或任何肠道疾病或异常?

是 否

5) 肾结石、尿路感染或疾病、血尿、蛋白尿、糖尿或任何肾、膀胱、前列腺、泌尿生殖系统疾病或异常?

是 否

6) 黄疸病、肝炎或任何胆囊、胰腺、肝脏疾病或异常?

是 否



- 7) 糖尿病、甲状腺异常或任何其他与内分泌有关的疾病? 是 否
-
- 8) 疟疾、登革热、伤寒或任何其他热带病? 是 否
-
- 9) 白血病、地中海贫血症、血友病或其他血液疾病或异常? 是 否
-
- 10) 脑、神经系统疾病、中风、癫痫、瘫痪、跛足或持续性头痛? 如果“是”，请填写脑血管与神经系统调查问卷。
 是 否
-
- 11) 精神异常、抑郁、焦虑、神经质、强迫症、创伤后心理障碍、行为异常、酒精或药物上瘾? 是 否
-
- 12) 背或颈痛或损伤、脊椎疾病、坐骨神经痛、颈扭伤、关节炎、骨折、关节（如膝、肘、腕、肩）损伤、拇趾外翻（锤状趾）或出现过任何肌肉异常或痛风症状? 如果“是”，请填写肌肉与骨骼调查问卷。
 是 否
-
- 13) 人类免疫缺陷病毒、艾滋病（获得性免疫缺陷综合征）、艾滋病相关症状或人类免疫缺陷病毒血液检测阳性? 是 否
-
- 14) 牛皮癣、湿疹、皮炎、痤疮或其他皮肤疾病? 是 否
-
- 15) 耳朵有分泌物、流鼻血、重听、视力损伤，听力，语言或其他任何眼、耳、鼻或喉咙疾病或异常? 是 否
-
- 16) （仅用于女性）妊娠或妊娠并发症、刮片检查异常或任何妇科疾病，例如生殖系统的纤维瘤或囊肿? 如果“是”，请填写妇科调查问卷。
 是 否
-
- 17) 任何以上未提及的疾病、损伤、伤害、症状、医疗检查或治疗? 是 否
-

如果以上任何问题的回答为“是”，但未要求填写健康问卷的，请在以下表格中填写详情。

| 相关被保险人的姓名 | 问题编号 | 第一次就诊日期 | 详细病情，包括治疗手段，若痊愈应恢复到何种状况。 | 就诊医院及医生的名称（或姓名）、地址。 | 是否被要求进行后续治疗? 如果是，请提供下次就诊日期。 |
|-----------|------|---------|--------------------------|---------------------|-----------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

(若上述表格不够填写，请另附一页填写)



7. 除上述健康状况外, 被保险人是否曾住院接受治疗、观察或手术? 如果“是”, 请说明日期、诊断和治疗经过。

是 否

8. 被保险人目前是否正在服用任何药物或接受任何形式的治疗? 如果“是”, 请说明医疗状况、药物名称和剂量, 和/或治疗名称。

是 否

9. 近期被保险人是否被建议或计划寻求医疗咨询、检验、检查、外科手术、住院或治疗? 如果“是”, 请说明医疗状况, 主治医师和建议的治疗。

是 否

10. 请告知被保险人目前经常就诊的医生、私人医生、医疗中心或医院:

姓名: _____

电邮: _____

工作电话: _____ 传真: _____

地址 _____

_____ 城市: _____

省/自治区: _____ 国家: _____

该医生为被保险人提供诊疗服务已有多长时间: _____

最后一次就诊时间和原因: _____

重要提示:

- 1. 本保险不承保于以下国家发生的保险事故和费用: 古巴、缅甸、伊朗、苏丹、叙利亚。
- 2. 本保险不承保任何国家或国际组织认定的恐怖分子或恐怖组织成员, 或非法从事毒品、核武器、生物或化学武器交易人员。
- 3. 为了保障您自身的权益, 请在确认投保本保险前, 仔细阅读理解保险合同的各项规定, 尤其是免除保险人责任的规定。保险条款可通过保险公司业务人员获得或登陆保险公司网站<http://www.aiginsurance.com.cn>查阅。请在投保之前致电: 4008208858或向保险公司业务人员询问保险合同各项规定, 并听取保险公司业务人员的说明。请确保您对保险公司业务人员的说明完全理解, 没有异议。如未询问, 则视同已经对合同内容完全理解并无异议。
- 4. 投保单与报价单(如有)、保险条款、保险单、批单或批注(如有)及其它约定书均为保险合同的构成部分。
- 5. 如保险公司同意承保, 保险期间的起始日为(1)期望起始日, 如保险公司于该日前收到全额约定保险费; 或(2)收到投保人支付的全额保险费的次日, 如保险公司于期望起始日或之后收到全额约定保险费。如保险公司不同意承保, 保险公司将全额无息退还已收保险费。



投保人/被保险人声明

本人兹向美亚财产保险有限公司（以下简称“贵公司”）申请上述所选择保障并理解保险合同的订立基于投保单之陈述内容，并声明对于投保单上各项问题之回答均完整真实无讹。除投保单上已告知外，所有被保险人目前健康状况良好。本人同意，如果被保险人的身体健康状况在投保之后，但在投保人与贵公司订立保险合同之前发生变化，本人应及时通知贵公司。本人同意，投保单与报价单（如有）、保险条款、保险单、批单或批注（如有）及其它约定书均为保险合同的构成部分。贵公司承担赔偿责任须以投保人缴付约定保险费并经贵公司签发保险单确认承保为前提。

本人确认：本人已经认真阅读保险合同规定，尤其是**免除保险人责任的规定**，并对贵公司就保险合同的内容说明和提示完全理解，没有异议，申请投保。本人知晓所有保险责任均以保险合同所载为准。

本人同意，且将告知各被保险人并征得其同意，贵公司为本保险的目的收集本人及各被保险人的个人资料(该资料不论是从本投保单上或其他地方所获取)并授权可由贵公司或任何与贵公司有关的机构或其他人士(不论在中国或境外)持有、转告,及用于(1)处理及审核此投保书或其他保险事宜(2)提供与该保险有关之服务,及(3)与本人联络的用途。

本人同意：贵公司按保险合同约定应支付任何保险金时，如涉及与人民币或美元兑换的，则贵公司在支付保险金时所适用的汇率以贵公司收到被保险人提出的索赔申请当月首日中国人民银行公布的人民币汇率中间价为准。

本人明白：于订立保险合同时或因履行保险合同发生争议时，本人可与贵公司协商一致选择以诉讼或仲裁的方式，解决因履行保险合同发生的争议。

本人明白：任何年龄在18周岁以下的被保险人，如果其以死亡为给付保险金条件的保险金额（包括在所有商业保险公司所购买的保险）超出中国保监会所规定的限额（即人民币10万元）须特别告知，否则**贵公司可能对超出限额的部分不承担保险责任**。

门诊直付医疗服务（只适用于以下无免赔额计划：优越400和500；但是，如果本投保人在投保上述任何可使用直付服务的计划时已确认选择本人或其他被保险人在中国大陆境内就诊时，必须使用社保参保身份凭证（包括但不限于社保卡或医保卡）在社保定点医院挂号就诊并先行在社会基本医疗保险项下结算的，本投保人或被保险人在该计划项下将无权享受任何直付服务）。

本人授权贵公司将本人姓名、出生日期、性别、护照和/或身份证号码(不论是从本投保单上或其他地方所获取)，提供给医院、诊所、实验室、医生、专家、牙医、脊椎矫正医师、针灸师、理疗师或其他医生，用于为被保险人提供直接付款服务的目的；本人同意并确认，保险合同项下的医疗费用保险赔偿金将直接支付给相关医疗机构而非支付给本人，贵公司在将该保险金支付给相关医疗机构后，即已经履行了在保险合同项下向本人支付保险金的义务。在签署本直付授权书的同时，本人也确认知晓如下条款：

追索权

如果贵公司支付了和/或授权支付了非本合同项下承保的费用或者支付额超出了相应的责任限额，则贵公司保留向本人追索上述金额或超额支付部分的权利。该追索权的范围包括但不限于贵公司在保险期间的其他应付理赔款。若本人所欠金额超过 90天仍未支付，贵公司可以在不另行通知的情况下，保留暂停向本人提供直付医疗服务的权利。

投保人签名

被保险人签名 (如同投保人可免签)

日期

(若被保险人为未成年人，则由其监护人签名)

有任何疑问或投保申请，请联系我们

电话: 800 988 0898; (86 21) 3857 8427

电邮: Globalhealth.sh@aig.com

网址: www.aiginsurance.com.cn

