

阳光福少儿白血病保险电子保单

保险单号: 0000000000

鉴于投保人已仔细阅读了本保险产品所适用的保险条款,并已知悉了保险条款中相关责任内容(包括但不限于责任免除、投保人被保险人义务、保险金申请与给付等),愿意以保险条款的约定为基础向保险人投保本保险产品,并按本保险合同约定交付保险费,保险人同意按照本保险合同的约定承担保险责任,特立本保险单为凭。

		投	t保人信息					
投保人名称		张三		性别		女		
	证件类型	身份证		证件号码		88888888		
出生日期		1988-12-02		手机号	码	13800138000		
电子邮箱 chanpin		chanpin-test@huize.com	-test@huize.com					
		被付	保险人信息	l.				
Ŀ	5投保人关系 5	子女		被保人姓	住名	测被保		
	证件类型	其他		证件号	码	6666666		
	出生日期	2021-06-01		手机号码				
	有无社保	无						
			益人信息					
		法	定受益人					
	保险期间	2021年07月	01日 00:0	日 00:00:00至2022年06月30日 23:59:59				
		保障項	目及保险	金额				
三附 险	适用条款		保险责任保		保额(元)	赔付比例(%)	保险费(〔元/人〕
	阳光财产保险原	阳光财产保险股份有限公司少儿白血病疾病保险条款		少儿白血病疾病保险金		_	36	
		妻任免险及其党丰民重党请以 《阳·新		<i>m</i> + m n = 1	4		λ1 λ/Ω ₀	山/見R

具体保险责任、责任免除及其它未尽事宜请以 <u>《阳光财产保险股份有限公司少儿白血病疾病保险条款》</u>、 为准,此保险条款已由我司向您明示,并认为您是在清楚知晓并同意的条件下投保而予以承保。本保险合同有效性查询,请访问网站: www. sinosig. com, 或致电阳光保险全国统一客服和客户维权电话: 95510。

本人声明完全知晓被保险人健康/职业状况,针对下列问题的回答属实,并以此作为保险合同的组成部分,如 有隐瞒或告知不实,足以影响保险公司承保决定的:

- (1) 所签发的保险单将视为无效,保险公司有权解除合同。
- (2) 若发生保险事故,保险公司不承担赔偿或给付保险金的责任,并有权不退还保险费。

被保险人在最近6个月内未出现过以下症状:不明原因的发热、头晕、贫血、皮肤或粘膜出血、骨关节疼痛、颈部肿块。

健

康

告 2. 最近一年内无体检异常 (包括但不限于血液、超声、X线、CT、MRI、内镜、病理检查),未被医生要求进 一步治疗、检查或复查随访,或因任何原因曾被医生建议住院或手术。 知 3. 最近两年内未因健康异常住院超过7天或连续服药超过30天。 以下情况可作为例外事项, 若存在, 仍符合正常投保条件: 由于生理性黄疸、单次发作的支气管炎、鼻炎、急性胃肠炎、单次发作的急性肺炎、急性上呼吸道感染、胆 囊炎、阑尾炎导致住院的,住院时间不得超过7天且已经完全治愈,可以投保。 1、被保险人: 投保年龄范围是出生满28天(含)--17周岁(含)。 2、等待期: 90天,发生以下情形之一时,保 险人均不承担给付保险金的责任,本合同效力终止,保险人向投保人退还已交保险费: (1)等待期届满前 被保险人确诊罹患本合同所定义的白血病; (2)等待期届满前被保险人接受医学检查或治疗,且延续至等 待期后确诊罹患本合同所定义的白血病。 被保险人续保本保险的,续保合同无等待期。 3、就诊医院:中国 大陆境内(不含港、澳、台地区)二级以上(含二级)公立医院。 4、犹豫期: 本产品有15天犹豫期,犹豫 特 期内支持全额退保。 5、退保: 退保后您可能会遭受一定损失。本产品按照最低现金价值进行退保,退保公 别 |式如下: 最低现金价值=保险费×(1-35%)×(1-m/n),其中,m为已生效天数,n为保险期间的天数,经 约 过日期不足一日的按一日计算。 6、本合同为不保证续保合同。保险期间为一年,保险期间届满,投保人需 定 要重新向保险人申请投保本保险,并经保险人同意,支付保险费,获得新的保险合同(以下简称"续 保")。 发生下列情形之一的,保险人不再接受投保人的续保申请: (1)续保时被保险人年龄已满18周 岁; (2)被保险人已确诊罹患本合同所定义的白血病; (3)本保险统一停售; (4)被保险人身故; (5) 在投保人申请续保前,本合同已因其他条款所列情况而导致合同效力终止的;(6) 投保人存在未如实 告知、欺诈情形的。 重 要 |阳光财产保险股份有限公司已对保险条款、投保须知、健康告知,特别是保险责任及责任免除履行了明确说 提 明义务,请投保人在充分理解条款的前提下投保本保险产品。 示

注:被保险人在收到本保单后请立即核对,本保险单内容如与投保事实不符或存在疏漏,请立即通知本公司并办理书面变更或补充。

签单日期: 2021-06-30 10:33:59

销售机构:北京分公司营业二部战略团队

保险人(签章):

地址:北京市朝阳区东三环南路98号高和蓝峰大厦8层

邮政编码:

全国统一客服与维权电话: 95510