

告知书

尊敬的_____先生:

感谢您投保建信人寿保险有限公司推出的顶梁柱保障计划,您在得到保险保障的同时,还**免费**享有如下所述的有关重大疾病关爱增值服务,如下内容请您阅知,如您有任何疑问,请致电全国统一客服热线[95331 或 400-8855-668]。

1、按照您投保顶梁柱保障计划的累计基本保额,您可以享受如下对应的服务项目

累计基本保额	服务项目	各服务项目的次数
<input type="checkbox"/> 1 万至 9.9 万	1、网络健康一点通和健康贴士 2、全程导医导诊 3、国内专家第二医疗意见	项目 1 不限次数 项目 2 或 3 对 33 种重大疾病累计 仅限一次
<input type="checkbox"/> 10 万至 29.9 万	1、网络健康一点通和健康贴士 2、全程导医导诊 3、国内专家第二医疗意见	项目 1 不限次数 项目 2 和 3 对 33 种重大疾病 各一次 项目 2 或 3 对 8 种特定疾病 仅限一次
<input type="checkbox"/> 30 万及以上	1、网络健康一点通和健康贴士 2、全程导医导诊 3、国内专家第二医疗意见 4、国外专家第二医疗意见	项目 1 不限次数 项目 2 和 3 对 33 种重大疾病 各一次 项目 2 和 3 对 8 种特定疾病 各一次 项目 4 仅限一次

注:上述各项服务仅限于针对保单所列各种重大疾病和特定疾病的确诊病例、初步确诊病例或已经接受了深入检查的疑似病例或初步确诊病例。

2、重大疾病关爱增值服务的有效期

自您的保险合同生效日起 15 个工作日后,重大疾病关爱增值服务开始生效。该服务有效期为一年,每年到期自动续期一年;如有变动,本公司将提前告知您。

3、您如何获取各项服务

(1) 网络健康一点通和健康贴士:您可以使用如下专属用户,登录网站(www.haorensheng.cn)获取相关服务:

用户名:身份证号或护照号(以投保时填写的证件号码为准) 初始密码:出生日期后 6 位数字 YYMMDD

以下三项服务都需要您使用背面的《服务申请表》(复印有效),填写完毕后通过您的保险代理人递交到本公司,经本公司审核通过后提交服务公司,由服务公司提供相应服务:

(2) 全程导医导诊

在您提出的申请被审批通过后的 7 个工作日内,服务公司将联系您并预约专家、安排导医专员陪同到**境内网络医院**就医,提供帮助取号、划价、取化验单、付费、取药等服务。

(3) 国内专家第二医疗意见

在您提出的申请被审批通过后,服务公司将联系您收取完整病历资料及有关授权文件,在资料齐全后提交国内专家评估,除特殊情况外,通常在 5 至 10 个工作日内送达给您国内专家的疾病分析、诊断以及治疗方案报告。

(4) 国外专家第二医疗意见

在您提出的申请被审批通过后,服务公司将联系您收取完整病历资料及有关授权文件,在资料齐全后提交国外专家评估,除特殊情况外,通常在 12 至 15 个工作日内送达给您中文版本的疾病分析、诊断以及治疗方案报告。

4、其他需要您留意的事项

(1) 重大疾病关爱增值服务是建信人寿保险有限公司特别为顶梁柱保障计划的被保险人提供在合同约定以外的附加服务,此附加服务并不构成保险合同的一部分;

(2) 建信人寿保险有限公司保留在服务有效期内调整和随时终止重大疾病关爱增值服务的权利;

(3) 在服务有效期内,每位被保险人只能享有一份重大疾病关爱增值服务;

(4) 如变更顶梁柱保障计划的基本保额或购买多份顶梁柱保障计划,被保险人的服务内容将按照累计有效基本保额相应调整,所享有的重大疾病关爱服务项目将自变更之日起按照累计有效基本保额来确定,且服务次数在整个保单期间将受到新标准的限制;

(5) 除第一项涉及的网上医疗信息咨询服务外,其他各项服务仅限于被保险人客户本人专享;

(6) 在全程导医导诊服务过程中,如被保险人不能按时赴约的,需要提前 24 小时通知服务人员取消安排;如未及时通知取消的,则视为已使用该服务项目一次;

(7) 被保险人有提供完整真实的资料的义务,本公司及服务公司对相关资料和信息负有保密的责任,且本公司有保留相关医疗文件及报告副本的权利;

(8) 任何医学建议仅具有参考价值,被保险人都拥有采纳或不采纳的最终决定权;同样,专家的建议也不能作为同意理赔或拒绝理赔的依据;

(9) 被保险人享受增值服务的资格自保单失效之日起自动终止。

“重疾关爱”服务申请表

个人信息

保险合同编号

姓名：

性别/年龄：

身份证/护照号：

手机：

固定电话（白天）

固定电话（晚上）

申请服务项目

全程导医导诊

国内专家第二医疗意见

国外专家第二医疗意见

服务目的

诊断建议

治疗建议

其它_____

疾病简述

主要症状、体征：_____

主要检查发现：_____

诊断或拟诊：_____

治疗或计划：_____

已就诊医院名称及所在城市：_____

注意事项

1. 只有被保险本人才能享用免费重大疾病关爱增值服务。
2. 根据累计基本保额不同，免费服务项目不同（详见《告知书》）。
3. 被保险人在和服务机构已经约定服务日期后，必须如期赴约。如因故不能如期赴约，必须提前 24 小时通知对方，如未及时通知取消的，则视为已使用该服务项目一次。
4. 被保险人需提供真实资料，配合服务机构及医生的工作。

申请人申明

本人授权贵公司合作的第三方服务机构为本人推荐专家并提供导医导诊或第二医疗意见服务。本人同意贵公司将本人资料提供给第三方机构及专家用于导医导诊、第二医疗意见等服务。本人理解专家的建议仅具有参考价值，对于将来的疾病诊治，本人拥有采纳或不采纳专家建议的决定权。同样，专家的建议也不能作为同意或拒绝保险理赔的依据。

被保险人签名：_____ 日期：_____ 年_____ 月_____ 日