

团体健康保障委托管理服务计划表

委托人信息

单位名称			
组织类型	1. ☐ 机关法人及代表其行使职权的派出机构、临时性机构，包括政党机关、人大机关、政协机关、行政机关、监察机关、司法机关、军事机关等及代表其行使职权的派出机构、临时性机构。 2. ☐ 事业单位。 3. ☐ 基层群众性自治组织法人，包括居民委员会和村民委员会。 4. ☐ 农村集体经济组织法人。 5. ☐ 政府间国际组织、外国政府、外国政府驻华使领馆及办事处等组织及机构。 6. ☐ 个体工商户 7. ☐ 公司、合伙企业或其分支机构 8. ☐ 外国公司分支机构 9. ☐ 其他		
单位性质	☐ 国有 ☐ 集体 ☐ 个体 ☐ 私有 ☐ 外资 ☐ 混合所有制 ☐ 机关 ☐ 社会团体 ☐ 其他 消极非金融机构 ☐ 是 ☐ 否 (勾选是请另附材料)		
证件类型	☐ 统一社会信用代码证书 ☐ 营业执照 ☐ 事业单位法人证书 ☐ 社会团体法人登记证书 ☐ 其他:_____		
证件号码		证件有效止期	年 月 日/ ☐ 长期
经营区域	☐ 全国 ☐ 全省/直辖市 ☐ 当地	经营范围	
经营规模	☐ 大型 ☐ 中型 ☐ 小型 ☐ 微型	行业类别	
成立日期		公司电话	
注册地址	省（自治区、直辖市） 市 区（县）镇（街道）		
联系地址	☐ 同注册地址 省（自治区、直辖市） 市 区（县）镇（街道）		
仅为中国税收居民	☐ 是 ☐ 否	消极非金融机构	☐ 是 ☐ 否
法定代表人	姓名		证件类型 ☐ 居民身份证 ☐ 其他:_____
	证件号码		证件有效期限 年 月 日/ ☐ 长期
负责人	姓名		证件类型 ☐ 居民身份证 ☐ 其他:_____
	证件号码		证件有效期限 年 月 日/ ☐ 长期
企业授权办理 经办人员信息	姓名		证件类型 ☐ 居民身份证 ☐ 其他:_____
	证件号码		证件有效期限 年 月 日/ ☐ 长期
	部门/职务		手机号码
	邮箱	@	

参与人信息

参与人数共_____人（详见所附参与人名单）		
序号	健康保障计划名称	参与成员人数
1		
2		
3		

委托资金交费信息

初始管理费用	☐ 按照委托人每次支付的委托管理资金的_____%比例缴纳。 ☐ 按照每一参与人每年_____元定额缴纳。 ☐ 其他（列明）：		
存量结转管理费	按照委托基金余额的_____%或_____元缴纳。		
解约或账户金额退减手续费	委托人提前解约或申请委托基金部分退减的，受托人按照委托基金余额或委托基金退减金额的_____%收取手续费。		
支付方式	☐ 内扣(账户内扣除) ☐ 外扣(单独缴纳)		
首期委托管理资金金额	(大写) (小写)		
初始管理费用金额	(大写) (小写)		
交费开户银行	银行全称：	行号：	
	开户名：	账号：	

委托管理期限

委托管理期限	自	起至	止
--------	---	----	---

给付计划明细

健康保障计划名称 1：			
综合医疗福利金			
给付项目	免赔额	赔付比例	给付限额
门急诊医疗费用			
住院医疗费用			
药品费用			
其他			
特定疾病福利金			
给付金额		其他	
特定手术福利金			
给付金额		其他	
住院津贴医疗福利金			
给付项目	免赔天数	日给付金额	给付天数限额
住院津贴			
药品福利金			
疾病范围		售药机构	
给付标准		给付限额	
身故慰问金			

慰问金额		其他	
残疾慰问金			
慰问金额		其他	
其他委托管理服务			
服务名称		给付限额	
服务名称		给付限额	
说明：有多个保障计划，每一类参与成员计划不同，需分别填写每一类保障计划的给付责任信息。 具体约定的其他给付项、特定疾病病种、特定手术类别及其他健康保障委托管理服务需在备注中注明。			

给付计划明细

健康保障计划名称 2:			
综合医疗福利金			
给付项目	免赔额	赔付比例	给付限额
门急诊医疗费用			
住院医疗费用			
药品费用			
其他			
特定疾病福利金			
给付金额		其他	
特定手术福利金			
给付金额		其他	
住院津贴医疗福利金			
给付项目	免赔天数	日给付金额	给付天数限制
住院津贴			
药品福利金			
疾病范围		售药机构	
给付标准		给付限额	
身故慰问金			
慰问金额		其他	
残疾慰问金			
慰问金额		其他	
其他委托管理服务			
服务名称		给付限额	
服务名称		给付限额	

说明：有多个保障计划，每一类参与成员计划不同，需分别填写每一类保障计划的给付责任信息。
具体约定的其他给付项、特定疾病病种、特定手术类别及其他健康保障委托管理服务需在备注中注明。

给付计划明细

健康保障计划名称 3:			
综合医疗福利金			
给付项目	免赔额	赔付比例	给付限额
门急诊医疗费用			
住院医疗费用			
药品费用			
其他			
特定疾病福利金			
给付金额		其他	
特定手术福利金			
给付金额		其他	
住院津贴医疗福利金			
给付项目	免赔天数	日给付金额	给付天数限额
住院津贴			
药品福利金			
疾病范围		售药机构	
给付标准		给付限额	
身故慰问金			
慰问金额		其他	
残疾慰问金			
慰问金额		其他	
其他委托管理服务			
服务名称		给付限额	
服务名称		给付限额	
说明：有多个保障计划，每一类参与成员计划不同，需分别填写每一类保障计划的给付责任信息。 具体约定的其他给付项、特定疾病病种、特定手术类别及其他健康保障委托管理服务需在备注中注明。			

备注

声明与授权

1. 本计划表及所附清单中各项内容均为双方真实意愿表达，作为《富泽人寿团体健康保障委托管理合同文本》（以下称本合同）的组成部分。

2. 委托人（代表参与人）同意并授权：受托人可收集与本合同申请有关的资料，并持有、使用该资料或将其用于处理委托管理合同、审核与本合同及服务有关的申请，同时受托人在履行对委托人、参与人个人信息严格保密义务的基础上，有权将委托人、参与人信息及上述资料披露给富泽人寿保险股份有限公司及其关联公司（包括分支机构），以及受托人为委托人、参与人进一步提供相关服务所需的第三方。委托人确认：本委托人已经获得参与人同意、认可本合同项下的一切约定，获得参与人正式授权发放有关参与人的有关资料，倘若本协议约定或发放有关资料可能导致的损失、损害或要求赔偿，本委托人存在过错的，将承担相应责任。

3. 委托人在此授权本计划表第一项所填写的联系人为本合同日常业务的办理人。所有从本委托人授权电子邮箱发出给受托人的电子邮件，以及其附件均与正式签署之文件具有同等效力。

4. 在本合同有效期间，凡发生参与人以委托人未经其本人同意委托受托人为其提供服务为由而引发的法律纠纷，由委托人自行与参与人协商解决，与受托人无关。

委托人（盖章）：

受托人（盖章）：

联系人签字：

代表签字：

日期：

日期：

健康保障委托管理合同参与人清单

[illegible]