“补充商业医疗保险”认购书

* 我已了解并正确理解“补充商业医疗”保险计划，确认购买以下险种：

□ 一年险，合计人民币120元

□ 二年险，合计人民币240元

□ 三年险，合计人民币360元

□ 四年险，合计人民币480元

□ 五年险，合计人民币500元

（签字前，请认真核对上述内容，并在方框内打“√”）

姓名 学号 学院

年 月 日

————————————————————————————————————

* 我已了解并正确理解“补充商业医疗”保险计划，确认放弃购买。

（签字前，请认真核对上述内容）

姓名 学号 学院

年 月 日

注：如果自愿参加并购买补充商业医疗保险的学生，请签署本告知书反面《中国人寿授权划款告知书》。