附件6

重大疾病保险投保声明

本律师事务所声明：

1.同意授权广东省律师协会代表本所全体律师、实习人员、行政人员全权签署《广东省律师协会重大疾病保险协议》《广东省律师协会保险服务协议》；

2.认可重大疾病保险保险金额为人民币100,000元。同意投保人广东省律师协会指定重大疾病保险的受益人，即受益人为本人或保险事故发生时被保险人的法定继承人；

3.已充分理解投保险种对应的保险条款（包括责任免除部分和特别约定部分），同意以此确认作为参加广东省律师协会保险统保的依据。

被保险人所在律师事务所: (**盖章**)

被保险人签名列表：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证号 | 签名 | 签名日期 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |

**注:“姓名”、“身份证号”栏应由电脑打印，其他各栏应由参保人本人亲自填写，不得打印，不得由他人代填，填写时请务必使用钢笔或签字笔，字迹清晰工整，易于辨认。如填写错误、拒绝授权等可能引起保险合同对其本人无效的法律后果，由其本人自行承担。**