

广东省律师协会文件

粤律协[2015]6号

关于做好 2015 年度律师团体重大疾病保险 统一投保工作的通知

各地级以上市律师协会：

为做好 2015 年度律师团体重大疾病保险的统一投保工作，确保省律协与保险公司签署的保险合同落实到位，保障全省广大律师会员的权益，根据工作部署和《保险法》第十二条及第三十一条的规定，现就有关事项通知如下：

一、被保险人

已参加 2014 年度考核的广东执业律师均可参加本次我省律师团体重大疾病保险投保，成为被保险人。

二、保险期限

保险期自 2015 年 5 月 1 日零时起至 2016 年 4 月 30 日 24 时止。

三、保额及保险费

本次我省律师团体重大疾病保险投保金额为 10 万元/人/年，保险费为 110 元/人/年。省律协在 2015 年度拨付 50 万元经费用于全省律师团体重大疾病保险项目，余下保险费由各地市律师协会或执业律师承担。为确保 2015 年度律师团体重大疾病保险统一投保工作进行顺利，在保险期限内每名执业律师应承担的费用标准如下：

1. 第一季：在 2015 年 5 月 1 日至 2015 年 7 月 31 日期间参加投保的，标准为：90 元/人/年；

2. 第二季：在 2015 年 8 月 1 日至 2015 年 10 月 31 日期间参加投保的，标准为：80 元/人/年；

3. 第三季：在 2015 年 11 月 1 日至 2016 年 1 月 31 日期间参加投保的，标准为：70 元/人/年；

4. 第四季：在 2016 年 2 月 1 日至 2016 年 4 月 30 日期间参加投保的，标准为：60 元/人/年。

在各季度内参加投保的，省律协均按相应季度的统一标准收取每名执业律师应承担的费用。此外，因参加投保时间差异或其他原因导致缴费差异的，不作调整或退费，差额部分由省律协在行业风险基金中进行统筹安排。

四、集中参保程序

各市律协应在 2015 年 4 月 30 日前，组织本地律师按本通知要求参加投保，并向省律协报送参保人员名单等资料以及缴交保

费。

1. 资料报送

各地市律协向省律协报送的参保资料如下：

(1)《律师团体重大疾病保险参保人员名单》(提供电子版，格式详见附件 1)；

(2)《团体重大疾病保险投保声明》(提供原件，格式详见附件 2，2014 年度投保已提交的无需再次提交)。

《团体重大疾病保险投保声明》中“姓名”和“身份证号”栏应由电脑打印，其他各栏应由执业律师本人亲自填写，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。根据《保险法》，《团体重大疾病保险投保声明》由各被保险人自愿授权，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。

2. 缴费

请各市律协于 2015 年 4 月 30 日前将填写好的相关表格按要求提交省律协，保费汇至省律协账户。省律协账户为：

收款人：广东省律师协会

开户银行：建设银行广州电力支行

账号：4400 1580 1070 5900 0706

请各市律协汇款时注明重疾险保险费。为便于统计、核对，省律协不接受律师个人、律师事务所单独汇款。

五、后续管理

1. 各市律协在完成集中参保工作后，需要报送新增加参保人员名单的（格式详见附件3），请根据新增参保人员数量和按本通知有关费用标准、缴交方式等向省律协缴交保险费。

2. 参加投保的执业律师转至外省执业或有其他终止广东省律师协会会员资格的情形，省律协有权根据保险合同终止其保险责任及进行被保险人名单置换，其所缴纳的保险费不予退还。

3. 参保人员在省内不同的参保地市之间流转执业的，不再重复缴交保险费。

六、联系方式

1. 广东省律师协会

联系人：罗敏妍

电话：020-66826674

电子邮箱：xinxibu@law.com.cn

联系地址：广州市天河区珠江新城华夏路49号津滨腾越大厦北塔12楼，邮编：510623。

2. 泰康人寿保险股份有限公司

联系人：宋魁

电话：020-38799840

电子邮箱：owmisong@hotmail.com

联系地址：广州市天河区体育西路189号城建大厦20楼。

附件：

1. 《重大疾病保险参保律师名单》
2. 《团体重大疾病保险投保声明》
3. 《团体重大疾病保险新增参保律师名单》



二〇一五年四月二十二日

主题词：律协 重疾险 投保 通知

送：梁震副厅长，厅律管处，省法援局，会长、副会长，总监事、副总监事，秘书处领导及各部主任。

广东省律师协会秘书处

2015年4月22日印发

附件 1:

团体重大疾病保险参保律师名单

_____市律师协会:

参加保险律师名单:

序号	姓名	单位	身份证号	备注
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

附件 2:

省律协律师团体重大疾病保险投保声明

本人同意广东省律师协会以本人为被保险人投保律师团体重大疾病保险，认可重大疾病保险金额为人民币 100,000 元。同意投保人广东省律师协会与有关保险公司约定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。

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				
16				
17				
18				
19				
20				

注：“姓名”、“身份证号”栏应由电脑打印，其他各栏应由注册律师本人亲自填写，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。

附件 3:

团体重大疾病保险新增参保律师名单

____市律师协会:

序号	姓名	单 位	身份证号	备注
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				