

投保单号:

团体保险投保单

(非单位团体适用)

第一部分 投保须知

承保报批表号码:

尊敬的客户,感谢您选择 保险股份有限公司,请在填写本投保单前认真阅读以下事项:

1. 本投保单是投保人与本公司订立的保险合同的重要组成部分,请投保人认真填写。填写本投保单前请仔细阅读保险条款及产品说明书(如有),在确认已充分理解保险责任、免除或减轻本公司责任的条款(概念、内容、法律后果)、犹豫期(如有)、合同成立与生效和合同解除等事项后再做出投保决定。一切与本投保单及保险条款不相符的解释、说明、承诺、保证均属无效,敬请注意。
2. 依据《中华人民共和国保险法》规定,本公司就投保人和被保险人的有关情况提出询问,您应当如实告知,否则本公司有权依法解除合同或取消部分被保险人的保险资格,并对保险合同解除或取消部分被保险人的保险资格前发生的保险事故不承担保险责任。所有告知事项均应以书面告知为准,口头告知无效。
3. 投保人提出保险申请、本公司同意承保,保险合同成立。保险合同成立日、生效日以保险单载明的日期为准;如本公司经审核不同意承保,将无息全额退还暂收保险费,并收回有关票据。
4. 投保人、被保险人可在投保时依法指定受益人,投保人指定受益人时须经被保险人同意;如未填写则推定为未指定。
5. 收到本公司出具的正式保险合同后请详细审阅保险单上各项内容及有关保险条款,如有错漏请及时通知本公司更正。
6. 本次投保采用电子个人凭证的形式,与纸质个人凭证具有同等法律效力。投保人可以访问公司官网 www. .com.cn 查询和下载电子个人凭证。若需要纸质个人凭证,请勾选纸质个人凭证或在收到保险合同后拨打客户服务电话(0 申请。

第二部分 投保人基本信息

*投保人姓名:	*性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	*国籍: <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其他:	*出生日期:
*证件类型:	*证件号码:	*证件有效期:	*职业代码/名称:
*通讯地址/住址:	*邮编:		*居民类型: <input type="checkbox"/> 城镇 <input type="checkbox"/> 农村
移动电话:	固定电话:	电子邮箱:	*家庭年收入: 万元
*参保人数(详见团体保险被保险人清单):		本次投保默认发送电子个人凭证,若您需要纸质个人凭证请勾选: <input type="checkbox"/> 纸质个人凭证	

第三部分 其他投保信息

方案类型: 普通方案 公共保额

特别约定:(若无内容,请勾选 无特别约定;若有,请在结束处注明“无其他特别约定”。可另附页说明。)

交费方式: 银行转账 网银转账 支票 其他(请注明): 缴费频率: 趸交 年交 其他(请注明):

开户银行名称: 开户银行所在地区: _____省/自治区/直辖市_____市(地级市)

开户名: 银行账号:

身故保险金受益人: 指定受益人详见团体保险被保险人清单 无指定受益人(除另有约定外,满期、生存、残疾、重大疾病、医疗保险金的受益人为被保险人本人。)

第四部分 告知事项 (注:如您故意或因重大过失未如实告知,本公司有权依法解除合同或取消部分被保险人的保险资格,并对保险合同解除或取消部分被保险人的保险资格前发生的保险事故不承担保险责任。)

说明:意外险及意外医疗险填写1-3项,寿险填写1-4项,健康险填写1-5项。第1、4项中,若某一项为“是”,请填写《团体保险被保险人告知声明书》。

1. 是否有长期病假、长期接受治疗或住院治疗人员参加本次投保? 有 无
2. 是否为未成年子女在其他保险公司投保以死亡为给付保险金条件的人身保险? 有 无
若有请填写:投保险种_____,保额_____万;投保险种_____,保额_____万。
3. 是否有残疾人员参加本次投保? 有 无
4. 参加投保的被保险人现在或者过去是否有以下疾病? 有 无
A. 恶性肿瘤; B. 心肌梗塞; C. 高血压(II级以上); D. 脑血管疾病;
E. 白血病; F. 肝硬化; G. 肾功能衰竭; H. 再生障碍性贫血;
I. 先天性疾病; J. 遗传性疾病; K. 帕金森氏病; L. 精神病;
M. 癫痫病; N. 法定传染病; O. 艾滋病; P. 其他疾病;
Q. 曾因病全休或半休。若“有”,请详述: _____
5. 被保险人是否拥有公费医疗、社会医疗保险和其他费用补偿型医疗保险? 有 无
若“有”,请详述(可另附页): _____

第五部分 保险保障内容

保险期间：20 年 月 日零时起至 20 年 月 日二十四时止									
投保人数：			主被保险人人数：			连带被保险人人数：			
方案编码	被保人数	职业类别	险种代码/名称	险种责任代码/名称	保额/份额 (元/份)	免赔额 (元)	赔付比例 (%)	保险费/人 (元)	其他
保险费合计 (大写)： 亿 仟 佰 拾 万 仟 佰 拾 元 角 分								(小写) 元	

第六部分 投保人及被保险人声明

1、投保人确认在投保时已收到并认真阅读了保险条款及产品说明书（如有）、投保须知、特别约定，贵公司已对保险条款特别是免除或减轻贵公司责任的条款（概念、内容、法律后果）内容逐一向投保人作出提示及明确说明。投保人确认已经理解保险条款所列各项内容，特别是对保险条款中免除或减轻贵公司责任的条款的概念、内容及其法律后果，均经贵公司的明确说明而已经理解并同意遵守保险条款的各项约定。

2、本投保单内所填写内容均属实，并作为保险合同的组成部分。如有隐瞒或不实告知，贵公司有权依法解除或取消该被保险人的保险资格并对保险合同解除或取消该被保险人的保险资格前发生的保险事故不承担保险责任。

3、除书面申请并由贵公司按正式程序承保、修改或批注的内容外，其他任何口头及书面解释、说明、承诺、保证等均属无效，贵公司无须负责。

4、投保人确认所有被保险人已知悉并同意参加本次投保单中所列明的保险要约全部内容，同意贵公司向任何了解被保险人健康情况的医疗机构和其他保险公司要求提供被保险人的体检报告、诊断报告及病历资料，并有权对被保险人进行医疗评估及测试（体检、血检及其他医学检查），评估结果作为审核本投保单和本投保单有关的理赔申请依据。

投保人签字：_____ 投保申请日期： 年 月 日

第七部分 以下部分由保险公司填写

机构名称：	业务部门： <input type="checkbox"/> 直属销售部 <input type="checkbox"/> 中支销售室	销售部/室名称：
业务属性： <input type="checkbox"/> 直销业务 <input type="checkbox"/> 经纪公司 <input type="checkbox"/> 专业代理 <input type="checkbox"/> 兼业代理 <input type="checkbox"/> 招标业务 <input type="checkbox"/> 股东业务 <input type="checkbox"/> 综合开拓	中介机构名称：	
业务员姓名：	业务员代码：	备注：
初审人员意见：	初审人员签字：	初审日期：
核保人员意见：	核保人员签字：	日期：
受理人员签字：	受理日期：	