



\* 1209211190006912 \*



# 中国人寿保险股份有限公司

China Life Insurance Company Limited

## 团体保险投保单

销售机构号码:110238

销售渠道:业务员

代理机构名称:

代理机构号码:

销售人员姓名:冯艳

销售人员代码:66600111

投保人客户号:42600234

### 投保提示:

- 请您在仔细阅读保险条款,充分理解保险责任、责任免除、解除合同等规定,权衡保险需求后作出投保决定,填写投保单。
- 投保资料(包括投保单、被保险人清单等相关资料)为保险合同的重要组成部分,填写内容必须真实、准确。若有不明事项请向销售人员或我公司咨询(客户服务热线:95519)。
- 根据《中华人民共和国保险法》规定,我公司有权就投保人、被保险人的有关情况进行询问,您应如实告知,如您未如实告知,我公司有权在法定期限内解除保险合同,并依法决定是否对合同解除前发生的保险事故承担保险责任。
- 一切与本投保单各项内容及保险条款相违背或增减的销售人员说明及解释均属无效,一切告知均以书面为准。
- 生效日期以保险单载明日期为准,此前我公司不承担保险责任。
- 公司已向您提供最新季度的偿付能力相关信息,请您仔细阅读。

### 一、投保人资料

单位/团体名称	北京博源意嘉市场咨询有限公司			行业类别	新闻出版广告业
证件类型	统一社会信用代码凭证	证件号码	91110108786882526E	传 真	
通讯地址	北京市朝阳区 四惠尚八设计家广告园C106A			邮政编码	100085
成员总数	23 人	在职人数	23 人	投保人数	23 人
职业类别		联系人姓名	徐宏轩	联系人手机	17813281223
联系人电子邮件	sadickjxu@eventplus.cn		联系人固定电话		

### 二、被保险人资料(详见所附被保险人清单)。

被保险人总数 23 人

### 三、受益人资料

- 除本合同另有约定外,身故保险金以外的其他保险金受益人为被保险人本人。
- 身故保险金的受益人由被保险人或投保人指定(详见所附被保险人清单)。
- 投保人在指定或变更身故保险金受益人时需经被保险人书面同意。投保人为与其有劳动关系的劳动者投保人身保险,不得指定被保险人及其近亲属以外的人为受益人。
- 若投保人未填写身故保险金受益人信息的,我公司将依据《中华人民共和国保险法》第42条规定履行给付保险金的义务。

### 四、要约内容(被保险人详细要约信息见所附被保险人清单)

险种名称	总保险金额(元)	总保险费(元)	被保险人数(人)	解约手续费	保险期间	缴费期间
国寿旅行综合团体意外伤害保险(2013版)	7590000.00	690.00	23		3-天	3-天
保险费合计	<b>(大写)陆佰玖拾元整 (小写)690.00</b>			币种	<input checked="" type="checkbox"/> 人民币 <input type="checkbox"/> 其他	
保单性质	<input type="checkbox"/> 新单投保 <input checked="" type="checkbox"/> 续保保单		指定生效日	<input checked="" type="checkbox"/> 指定为 2021年07月15日 <input type="checkbox"/> 不指定		
交费方式	<input checked="" type="checkbox"/> 一次性交清/趸交 <input type="checkbox"/> 年交 <input type="checkbox"/> 半年交 <input type="checkbox"/> 季交 <input type="checkbox"/> 月交 <input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> 其他					
交费形式	<input type="checkbox"/> 银行转账 <input type="checkbox"/> 支(汇)票 <input type="checkbox"/> 银行代收 <input type="checkbox"/> POS机 <input type="checkbox"/> 现金 <input checked="" type="checkbox"/> 其他 贷记凭证					
交费开户银行	中国建设银行	交费账户开户名称	北京博源意嘉市场咨询有限公司	账号	11001029400053009457	
短险结算方式	<input checked="" type="checkbox"/> 即时结算 <input type="checkbox"/> 组合结算:结算限额 结算日期 <input type="checkbox"/> 指定日期结算 <input type="checkbox"/> 其他 (若选择非即时结算,则每年6月30日,12月31日及合同期满日为固定结算日,此处不必填写)					
争议处理方式	<input checked="" type="checkbox"/> 诉讼 <input type="checkbox"/> 仲裁(若选择仲裁,请在此处明确填写全称: 仲裁委员会) (若选择仲裁选项但未明确填写仲裁委员会的名称,或填写了不存在的仲裁委员会,则仲裁约定无效)					
清单类型	<input checked="" type="checkbox"/> 普通清单 <input type="checkbox"/> 无清单					
个人凭证类型	<input checked="" type="checkbox"/> 电子个人凭证 <input type="checkbox"/> 纸质个人凭证 <input type="checkbox"/> 家庭险电子凭证 <input type="checkbox"/> 家庭险纸质凭证					

### 五、公共限额保险资料 险种名称:

公共限额使用范围:  不选择公共限额(不必填写公共限额内容。)  不包括连带被保险人  包括连带被保险人

公共保额	<input type="checkbox"/> 固定公共保额 固定公共保额合计 元;		<input type="checkbox"/> 浮动公共保额 人均浮动公共保额 元; 人均浮动比例: %; 合计保额: 元		
公共保险费	元	公共保额使用许可	<input type="checkbox"/> 经投保人确认后使用 <input type="checkbox"/> 无需投保人确认,直接使用		
每一被保险人可使用额度	<input type="checkbox"/> 相同额度 元 <input type="checkbox"/> 同被保险人个人保额 <input type="checkbox"/> 无限额 <input type="checkbox"/> 详见附件				

### 六、健康险给付约定: 简单给付约定,在下列栏目填写 复杂给付约定,请填写《健康险给付约定书》

属组	险种名称	医保结算情况	等待期(天)	日津贴(元/天)	住院免赔日数	门诊免赔额	门诊给付比例	住院免赔额	住院给付比例
							%		%
							%		%
							%		%
							%		%

### 七、基金险账户资料

首期缴费金额	个人账户交费金额(元)		计入个人账户金额	
	公共账户交费金额(元)		计入公共账户金额(元)	

<b>八, 养老金保险资料</b>				
领取方式	<input type="checkbox"/> 延期领取 <input type="checkbox"/> 即期领取 <input type="checkbox"/> 清单指定		<input type="checkbox"/> 一次性领取 <input type="checkbox"/> 年领 <input type="checkbox"/> 月领 <input type="checkbox"/> 其它	
领取年龄	男: 周岁	女: 周岁		

**九, 告知事项**

1. 投保单位是否已在我公司投保其它人身保险? (若“是”, 请在下表中, 详细说明。)  是  否:

险种名称	保险单号码	保险单生效日期
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

2. 过去三年是否向保险公司索赔过?  
(若“是”请在备注栏列明索赔险种, 索赔时间、索赔原因及索赔人数。)  是  否

3. 过去三年是否发生过死亡或伤残情况? (若“是”, 请告知人数。)  是  否:  
疾病死亡 人, 疾病伤残 人, 意外死亡 人, 意外伤残 人

4. 参加投保的被保险人是否患有以下疾病?  是  否:  
a、恶性肿瘤                      b、心脏病 (心功能不全II级以上)                      c、心肌梗塞;  
d、高血压 (II级以上)              e、白血病    f、肝硬化;  
g、慢性阻塞性支气管疾病          h、脑血管疾病    i、慢性肾脏疾病;  
j、糖尿病,                              k、再生障碍性贫血    l、先天性疾病 (见条款中释义部分);  
m、精神病或精神分裂              n、癫痫病    o、身体残障;  
p、妇科疾病                              q、其它疾病    r、是否曾因病全体或半休;

5. 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? (若“是”, 有 人)  是  否:

6. 是否有残疾人员参加本次投保? (若“是”, 有 人)  是  否:

7. 保险金额分配规则:  均一保额  按年收入  按职位  综合了多种因素 (请在备注栏列明)  
(说明: 4, 5, 6项目若为“是”: 请在被保险人清单的具体被保险人“备注”栏写明)

**十, 合同约定及特别约定 (备注栏)**

注册地: 中国 部门类型: 其他企业和个人

**十一, 投保人及被保险人声明**

贵公司已对保险合同的条款内容履行了说明义务, 并对责任免除条款履行了明确说明义务, 投保单位已仔细阅读, 理解投保提示及保险条款尤其是责任免除解除合同等规定, 并同意遵守. 所填投保单各项及告知事项均属实并确无欺瞒, 上述一切陈述及本声明将成为贵公司承保的依据, 并作为保险合同的一部分, 如有不实告知, 贵公司有权在法定期限内解除合同, 并依法决定是否对合同解除前发生的保险事故承担保险责任.

被保险人或其监护人兹同意授权凡知道或拥有任何有关其本人健康医疗及相关情况的任何医生、医院、保险公司、其他机构或人士, 均可将所需的有关资料, 提供给中国人寿保险股份有限公司, 本授权书的影印本也同样有效.

特授权本投保单所填写的联系人 (身份证号: 110101199101032510) 为我公司日常业务的办理人, 联系人可持我公司相关资料, 办理我公司保险日常业务, 本授权委托自签发之日起生效.

投保人或被授权人签字 \_\_\_\_\_ 投保人盖章 \_\_\_\_\_

投保申请日期 \_\_\_\_\_ 2021年07月14日

健康险专项: \_\_\_\_\_ 受理机构: \_\_\_\_\_ 经办: \_\_\_\_\_ 受理日期: \_\_\_\_\_