

营销服务部/所属组织代码: XX 营销服务部/ 10000 中介机构/中介机构代码: \_\_\_\_\_ /  
 服务人员姓名/代码: 丁一 / 1000000 团险顾问姓名/代码: 王二 / CHN0010001

投保单号码: \_\_\_\_\_ 0 5 0

**投保须知**

- ◆ 本投保书为保险合同的组成部分, 为确保您的权益, 请用深蓝或黑色字体的钢笔或签字笔填写。投保单位务必签上单位印鉴。
- ◆ 请投保单位在签章前仔细阅读“投保单位与被保险人声明”栏, 并确认投保单位确已向被保险人告知投保团体保险事宜, 并已获得被保险人同意。
- ◆ 保险合同在本公司同意承保时成立, 本公司将及时签发保险单。保险合同生效日期以保险单载明的日期为准。如本公司经审核不同意承保, 将无息全额退还保险费。
- ◆ 依据条款规定, 于保险合同送达的次日起十日内, 如投保单位提出撤销保险合同, 本公司将无息退还所缴的保险费。
- ◆ 依据我国保险法规定, 投保单位应如实告知本公司书面询问的事项, 如因故意或重大过失不履行如实告知义务且足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的, 本公司有权解除保险合同且不承担保险责任。
- ◆ 本投保书所列各项保险合同(包括主合同及附加合同), 其权利、义务、及释义依其条款约定办理。
- ◆ 为确保投保单位权益, 请采用支票或转账方式缴纳保费, 如采用银行代收方式, 投保单位必须授权其员工亲自到本公司指定的银行缴纳保险费。

**一、投保单位资料**

单位信息	投保单位全称		XXXX 股份有限公司					
	单位地址			中国 XX 省 XX 市 XX 区 XX 路 XX 栋 XX 号			邮政编码	5 1 0 0 0 0
	经营范围		XXX 销售	单位性质	私有	行业类别	XX 经营	
	法人代表	李四	单位证件类型	营业执照	单位证件号码	450100000000001		
	投保单位总人数		100	主被保险人人数	80	眷属被保险人人数		
联系人信息	联系人姓名		张三		所属部门	人力资源部	联系人职务	助理
	国籍	中国	证件类型	身份证	身份证件号码	4 3 0 1 0 1 1 9 8 1 1 1 0 2 0 3 0 4		
	联系人电话		13800010001		电子邮箱	Zhangsan1102@hotmail.com		

**二、投保资料**

缴费方式	<input checked="" type="checkbox"/> 年缴 <input type="checkbox"/> 半年缴 <input type="checkbox"/> 季缴 <input type="checkbox"/> 夏缴	保费负担比例    投保单位 <u>100</u> %,    个人 _____ %
此项仅为投保团体年金保险时需要填写:	保费逾期未付选择 <input type="checkbox"/> 中止合同 <input type="checkbox"/> 保险单借款垫缴保险费	
	现金红利的领取方式 <input type="checkbox"/> 储存生息 <input type="checkbox"/> 抵缴保费 <input type="checkbox"/> 现金领取 (只限于分红保险)	
	领取年龄    男性:    岁;    女性:    岁	
	领取方式 <input type="checkbox"/> 保单周年日领取 <input type="checkbox"/> 生日领取 <input type="checkbox"/> 一次性领取 <input type="checkbox"/> 年领 <input type="checkbox"/> 半年领 <input type="checkbox"/> 季领 <input type="checkbox"/> 月领	

**三、投保单位告知声明书**

投保单位告知事项	1. 主被保险人是否全部为单位正式在职员工?	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	2. 有无员工目前在病假中?	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 无
	3. 近一年内有因患病而不能全勤工作或减轻劳动量的员工?	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 无
	4. 现在或者过去有无患肿瘤、心肌梗塞、白血病、肝硬化、中慢性肾功能衰竭、再生障碍性贫血、先天性疾病、帕金森氏病、精神病、癫痫病、法定传染病、艾滋病等病症的员工?	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 无
	5. 有无身体残障的员工?	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 无
	6. 有无年龄超过 64 周岁的人员?	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 无
以上如答“否”或“有”, 请说明对象并详细告知。有需要请另页填写并签名。如有诊治病历及相关检查报告, 请一并提交。		

四、投保计划

投保等级	<input checked="" type="checkbox"/> 统一无区分 <input type="checkbox"/> 按职务级别 <input type="checkbox"/> 按工种 <input type="checkbox"/> 按工资 <input type="checkbox"/> 按其他方式 请说明: _____					
区分标准	计划 1	计划 2	计划 3	计划 4	计划 5	计划 6
	一般员工					

五、险种资料(币值单位:人民币元)

险种名称 / 组合产品名称	计划明细					
	计划 1 保额/单位 /份数/	计划 2 保额/单位 /份数/	计划 3 保额/单位 /份数/	计划 4 保额/单位 /份数/	计划 5 保额/单位 /份数/	计划 6 保额/单位 /份数/
众享安康员工福利保障计划经济型	1份					
保 费 合 计	大写人民币 <u>捌仟肆百元整</u> (小写¥ <u>8400.00</u> )					
投保人员以《团体保险投保人员名册》为准						

六、特别约定: (若无内容, 请注明“无特别约定”; 若有, 请在结束处注明“无其它特别约定”。)

无

七、投保单位与被保险人声明

1. 本单位就投保信诚人寿保险有限公司(以下简称“贵公司”)团体保险事宜已向被保险人进行了告知, 被保险人同意以本单位作为投保人向贵公司投保团体保险。

2. 本单位已阅读贵公司服务人员出示的保险条款内容, 且服务人员已将保险条款内容(包括责任免除部分)向本单位做了明确说明, 本单位已充分了解保险条款内容(包括责任免除部分)。

3. 本单位和被保险人同意贵公司查阅本单位被保险人之相关医疗记录及病历资料, 授权被保险人就诊之医疗机构, 提供被保险人就诊之相关记录予贵公司及相关再保险公司。


4. 本单位和被保险人同意贵公司因业务需要对本单位或被保险人之个人资料, 有搜集、计算机处理或传递的权利。

5. 本单位和被保险人明确了解服务人员的服务内容仅限于依据保险条款解释保险产品, 说明填写投保书的注意事项, 接受及转送有关投保文件和合同。并明白贵公司的服务人员无权决定此投保申请或今后的理赔申请是否被接受。

6. 由于本单位和被保险人购买分红保险, 贵公司服务人员已就该产品的内容与本单位亲晤面谈及进行详细说明, 本单位已认真阅读并理解产品说明书及建议书, 了解分红保险的红利是不确定的。

7. 本单位和被保险人已经认真阅读并理解了投保须知、本保险合同犹豫期和保险条款的各项内容, 对保险合同全部条款尤其是除外责任条款及退保规定相关事项均已确实理解, 已经知晓所有保险责任均以本保险合同所载为准, 除由经正式程序修改或批注的内容外, 其它任何人的口头及书面陈述、报告或合约, 贵公司无需负责。

**特此声明**



投保单位盖章  
投保日期: 2012年 4月 1日



信诚人寿保险有限公司  
展业说明书

1. 投保单位成立多久? 8 年

2. 投保单位是否参加社会统筹保险: 有 无

3. 本合同是经由以下何种方式而签订

陌生拜访 自行投保 朋友/保户介绍

续保 其它\_\_\_\_\_

4. 投保目的

员工福利保障 社保福利保障补充

节税 其它\_\_\_\_\_

5. 投保单位人员流动情况: 稳定 一般 不稳定

6. 与投保单位接触时间: 半年以内 半年至一年 一年以上

7. 投保单位是否曾投保本公司团体保险: 有 无

若有请列明投保险种名称: 信诚团体定期寿险B款

8. 投保单位是否曾购买团体保险? 否 是, 若是, 请说明:

最近第一年度保费 500000 元, 险种/保额 10000 元, 理赔金赔付 5000 元, 保险公司 信诚人寿

最近第二年度保费 \_\_\_\_\_ 元, 险种/保额 \_\_\_\_\_ 元, 理赔金赔付 \_\_\_\_\_ 元, 保险公司 \_\_\_\_\_

最近第三年度保费 \_\_\_\_\_ 元, 险种/保额 \_\_\_\_\_ 元, 理赔金赔付 \_\_\_\_\_ 元, 保险公司 \_\_\_\_\_

9. 投保单位主要工作内容:

1. 工作内容 \_\_\_\_\_, 人数: \_\_\_\_\_ 人。

2. 工作内容 \_\_\_\_\_, 人数: \_\_\_\_\_ 人。

3. 工作内容 \_\_\_\_\_, 人数: \_\_\_\_\_ 人。

10. 在招揽本投保件时, 本人亲临投保单位, 核对投保单位证明文件并亲视投保单位于投保文件上签名盖章。  
是 否

上述问题经本人详细询问投保单位后填写, 并无隐瞒、歪曲或不确之情形。本人已核对投保单位之合法证明。

服务人员 1 签名/代码: 丁一 / \_\_\_\_\_ 联系电话: 13800101001

服务人员 2 签名/代码: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 联系电话: \_\_\_\_\_

日期: 2012 年 4 月 1 日