



信诚人寿保险有限公司

团体保险高额保险财务状况告知书

投保单位: _____

投保单号码: _____

填写要求: 所有栏位均需填写, 如没有相关内容告知, 请在栏位中填写上“无”。

投保人员姓名	投保人员 身份证件号码	工作职位	工作内容	年收入(万元)

说明: 年收入包括被保险人年度内, 在投保单位从事相应工作获取的全部收入总计, 包括基本工资、奖金、各项津贴和其他收入。

声明事项:

本投保单位及被保险人谨此声明上述回答完全属实, 并与其他告知事项一样, 均构成保险合同的一部分。

投保单位签章: _____

签章日期: _____年____月____日