



# 中信保诚人寿保险有限公司

流水号:

## 团体保险投保书

业务来源:  团险渠道  银保渠道  \_\_\_\_\_ 销售模式:  直销  交叉  中介  网销  \_\_\_\_\_

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 1 姓名/代码/联系电话: 丁一 / 1000000 / 1361363636X

服务人员 2 姓名/代码: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 团险业务经理姓名/代码: 王二 / CHN1000001

招揽别: \_\_\_\_\_ 多模式代码: \_\_\_\_\_ 银保客户经理姓名/代码: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

|       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 投保单号码 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 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, **请用深蓝色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“团体告知事项”栏, 充分了解被保险人相关信息后进行如实告知, 并确认投保单位确已向被保险人告知投保团体保险事宜, 且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。
- ◆ 依据保险合同约定享有犹豫期的产品, 如投保单位在犹豫期内提出解除保险合同, 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未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       | 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 投资项目                      |  |      | 单位性质    | 国有          |       | 行业类别                                | XX 服务业 |                  |  |      |             |  |  |  |
|       | 法定代表人(负责人) | 李四                            |  |      | 单位证件类型  | 营业执照        |       | 社会保险登记号                             |        |                  |  |      |             |  |  |  |
|       | 单位证件号码     | 450100000000001               |  |      |         |             | 证件有效期 | 2034-08-05                          |        |                  |  |      |             |  |  |  |
|       | 投保单位总人数    | 80                            |  |      | 主被保险人人数 | 80          |       | 眷属被保险人人数                            | 0      |                  |  |      |             |  |  |  |
| 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     |             | 证件号码  | 4 3 0 1 0 1 1 9 8 1 1 1 0 2 0 3 0 X |        |                  |  |      |             |  |  |  |
|       | 证件有效期      | 2030-01-01                    |  |      | 联系人电话   | 15000000000 |       |                                     | 电子邮箱   | Lisi@hotmail.com |  |      |             |  |  |  |

### 二、投保资料

|             |                                                                                                                                |  |                             |                                                                                            |  |                               |                                                                                                                     |  |                                          |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|
| 缴费方式        | <input checked="" type="checkbox"/> 年缴 <input type="checkbox"/> 半年缴<br><input type="checkbox"/> 季缴 <input type="checkbox"/> 月缴 |  | 被保险人凭证选择                    | <input checked="" type="checkbox"/> 电子凭证<br><input type="checkbox"/> 纸质凭证                  |  | 是否股东业务                        | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否                                                    |  |                                          |
| 是否有签订保险协议   | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否                                                               |  | 是否定期结算费用                    | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否                           |  | 定期结算周期<br>(选择“定期结算保全费用”时填写该项) | <input type="checkbox"/> 月结 <input type="checkbox"/> 季结<br><input type="checkbox"/> 半年结 <input type="checkbox"/> 年结 |  | 申请增值服务卡数量 <u>0</u><br>(填写具体数量, 不申请填写“0”) |
| 是否共保业务      | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否                                                               |  | 是否存在有单个被保险人保险费金额人民币 ≥ 20 万元 | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否<br>若选择是, 请另填写《受益所有人信息收集表》 |  |                               |                                                                                                                     |  |                                          |
| 医疗产品服务供应商选择 |                                                                                                                                |  |                             | 医疗机构直付服务供应商选择                                                                              |  |                               |                                                                                                                     |  |                                          |

### 三、团体告知事项

|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 1                                                                                    | 主被保险人是否为单位在岗员工?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 2                                                                                    | 目前是否有被保险人尚在住院或病休中?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3                                                                                    | 近一年内是否有因患病而不能全勤工作累计超过两周或减轻劳动量的员工?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4                                                                                    | 是否有智能障碍或身体残障员工?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5                                                                                    | 被保险人过去是否患有或曾有下列症状或疾病?<br>恶性肿瘤(含原位癌)、心脏病、心肌梗塞、脑中风、脑瘤、脑炎后遗症或脑膜炎后遗症、主动脑血管瘤、慢性呼吸衰竭、终末期肺病、重症肝炎、肝硬化、肾衰竭、再生障碍性贫血、糖尿病合并严重并发症、高血压 III 级、红斑狼疮、重症肌无力、运动神经元疾病、恶性葡萄胎、艾滋病、埃博拉病毒感染、精神类疾病、痴呆、瘫痪、癫痫、深度昏迷或其他正在治疗的疾病或外伤。                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6                                                                                    | 目前是否有怀孕超过 28 周或产后不足四周的员工?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7                                                                                    | 被保险人是否需要参加飞行、潜水、登山、攀岩、赛车、赛马、举重、武术比赛、滑雪、滑浪、漂流、蹦极等危险活动?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8                                                                                    | 被保险人是否因工作原因需要前往正在或经常发生自然灾害、病疫、战乱、动乱、种族冲突、政局动荡的危险地区或国家?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9                                                                                    | 被保险人的职业是否涉及或接触任何危险物(化学物质、爆炸物、有毒物质或其他危险物)、高处作业(指在距坠落高度基准面 2 米或 2 米以上有可能坠落的高处进行的作业)、380v(含 380v)以上的高压作业、潜水或水下作业、隧道坑道或井下作业等危险工作?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10                                                                                   | 被保险人中是否存在中信保诚人寿保险有限公司《职业分类表》中的下列拒保职业人员?<br>矿工、爆破工、井下作业工、湖盐采掘爆破工、坑探工、地震物探爆炸工、海洋地质取样工、航道航务施工工、潜水工程人员、爆破工程人员、海上救助打捞工程技术人员(参与海上艘救、打捞行动)、航空环控救生装备试验工(空中试验)、安装玻璃幕墙工人、船体切割人员(船上)、高炉炉前工、爆破工、石棉制品工、硫酸生产工、硝酸生产工、盐酸生产工、磷酸生产工、纯碱生产工、烧碱生产工、氟化盐生产工、缩聚磷酸盐生产工、火药、炸药、爆竹、烟火制造及处理人员、核子化学工程工作人员(含核电工人)、战地记者、特技演员、高空杂技飞车飞人演员、动物园驯兽师、保安、电力高压电工程安装架设人员、防暴警察、消防队队员、防毒防化防核抢险员、保镖、空军飞行官兵、海军海洋巡戈舰艇及潜艇台官兵、特种兵(伞兵、水中爆破兵、化学兵、负有布雷爆破任务之工兵、情报单位任负有特殊任务者...等)、两栖部队(蛙人、负有布雷爆破之人员)等、前线军人、火工装药工、雷管制造工、索状爆破器材制造工、火工品装配工、爆破器材试验工、散打运动员、职业拳击运动员、无业人员。 | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> |
| <p><b>以上回答第 1 点回答为“否”或其他告知事项回答为“是”的，请附页详细告知并加盖与投保书一致的印章。如有诊治病历及相关检查报告，请一并提供。</b></p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                  |

### 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: _____ |      |      |      |      |      |
| 区分标准 | 计划 1                                                                                                                                                                     | 计划 2 | 计划 3 | 计划 4 | 计划 5 | 计划 6 |
|      | <b>全体员工</b>                                                                                                                                                              |      |      |      |      |      |

### 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<br>保额/单位<br>/份数/                  | 计划 2<br>保额/单位<br>/份数/ | 计划 3<br>保额/单位<br>/份数/ | 计划 4<br>保额/单位<br>/份数/ | 计划 5<br>保额/单位<br>/份数/ | 计划 6<br>保额/单位<br>/份数/ |
| <b>中信保诚团体定期寿险</b>       | <b>20 万</b>                            |                       |                       |                       |                       |                       |
| <b>中信保诚附加意外伤害团体医疗保险</b> | <b>2 万</b>                             |                       |                       |                       |                       |                       |
|                         |                                        |                       |                       |                       |                       |                       |
|                         |                                        |                       |                       |                       |                       |                       |
|                         |                                        |                       |                       |                       |                       |                       |
|                         |                                        |                       |                       |                       |                       |                       |
|                         |                                        |                       |                       |                       |                       |                       |
| <b>保 费 合 计</b>          | 大写人民币 <b>肆万元整</b> (小写 ¥ <b>40000</b> ) |                       |                       |                       |                       |                       |
| 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“无其他特别约定”。）

无特别约定。

七、其它告知事项

八、投保单位与被保险人声明及确认事项

#### 一、保险合同内容说明确认

1. 本单位/本人（指投保人及被保险人）已阅知、理解并同意遵守投保须知。
2. 中信保诚人寿保险有限公司（以下简称“贵公司”）已就本单位（指投保人）投保的保险产品尤其是免除贵公司保险责任的条款进行详细说明，本单位已经阅读贵公司提供的保险条款，对于所投保险种的各项内容尤其是对**保险合同犹豫期、投保人权利义务、保险责任、免除保险公司责任的条款、保险期间、理赔程序和理赔文件要求**等相关内容均已清晰了解。
3. 本单位（指投保人）投保分红/投资连结/万能保险产品，已认真阅读并理解产品说明书/建议书，**清晰了解产品风险和相  
关费用。**

#### 二、告知事项及权益确认

1. 本单位（指投保人）就投保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（指投保人）知晓所有保险合同事项均以保险合同所载为准，除由贵公司经正式程序修改或批注的内容外，其它任何的口头及书面陈述、报告或合约均无效，贵公司无需负责。
3. 本单位/本人（指投保人及被保险人）知悉投保书上所须填写的、随附文件记载的单位和个人信息均为必填事项，确认提交贵公司的单位和个人信息为本单位、被保险人及相关信息主体自愿提供的真实信息，投保人、被保险人及受益人信息、投保事项信息均准确无误，健康、财务、转账授权信息及其他告知信息属实。若信息不实，贵公司有权依法解除保险合同，并对合同解除前发生的保险事故不承担保险责任。
4. 本单位（指投保人）已通过查阅贵公司官网（www.citic-prudential.com.cn），知悉贵公司《职业分类表》，理解其含义并依据其为被保险人所属的职业进行分类，若所填报的职业类别与实际情况不符，影响贵公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，贵公司有权解除保险合同且不承担保险责任。

#### 三、个人信息使用授权确认

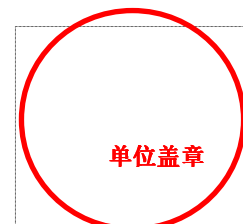
1. 本单位/本人（指投保人及被保险人）确认，已经通过查阅贵公司官网，阅读、理解并同意《中信保诚隐私政策》的全部内容。

2. 本单位/本人（指投保人及被保险人）确认，相关涉及个人信息收集和处理事宜，已告知被保险人、受益人、联系人、法定代表人(负责人)等相关信息主体并已获得上述信息主体的明确授权同意，如涉及法律纠纷，由本单位/本人承担相关责任。
3. 基于本单位/本人（指投保人及被保险人）的同意、履行保险合同的必要以及《中信保诚隐私政策》中“我们如何收集和使用您的个人信息”所述的目的、法律依据和方式，在法律法规许可的范围内：
  - 1) 同意贵公司及贵公司的合作机构处理本人、受益人、联系人、法定代表人(负责人)的个人信息（其中可能含有贵公司隐私政策中“附录 1：定义”项下所述的敏感个人信息）。《中华人民共和国个人信息保护法》规定，敏感个人信息包括生物识别、宗教信仰、特定身份、医疗健康、金融账户、行踪轨迹、不满十四周岁未成年人的个人信息。
  - 2) 同意贵公司将本人、受益人、联系人、法定代表人(负责人)的个人信息披露或提供给贵公司隐私政策中“我们如何委托处理、对外提供、转让、公开披露您的个人信息”项下所述的第三方。贵公司的合作机构可对上述个人信息进行有效性核验、存储、登记、合理的使用与传递。
  - 3) 同意贵公司将本人、受益人、联系人、法定代表人(负责人)的个人信息根据贵公司隐私政策中“您的个人信息如何在全球范围转移”项下所述的中国境外处理，并提供给隐私政策中“我们如何委托处理、对外提供、转让、公开披露您的个人信息”项下所述中国境外的接受方。
4. 本单位/本人（指投保人及被保险人）同意贵公司在实现处理目的所需的期限内保存及使用投保人、被保险人、受益人、联系人、法定代表人(负责人)的个人信息。除法律法规另有规定或本单位/本人另有授权外，保险期间在一年以下的保险产品或/和服务，从保险合同终止之日起计算保存 5 年；保险期间超过一年的保险产品或/和服务，从保险合同终止之日起计算保存 10 年。

#### 四、其他事项确认

1. 本单位（指投保人）**知晓贵公司未授权保险营销员、保险代理机构和保险兼业代理机构向本单位以现金方式收取保险费。**
2. 本单位/本人（指投保人及被保险人）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，并知晓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。

#### 特此声明



投保单位签章

投保日期：2023 年 01 月 01 日

以下由本公司填写：

初审人员提示：

初审人员签名：

日期： 年 月 日