

## 营销员特别说明

本人已面晤投保人、被保险人及监护人,核对其身份证明文件,并就投保书所列明的所有事项逐一向投保人、被保险人/监护人当面询问,并亲自见证投保人、被保险人/监护人在投保书上签名,如有不实见证或报告,本人愿承担相应法律责任。

□销售投资连结保险产品,或向60周岁(含)以上年龄的投保人销售保险期间超过一年的人身保险产品时,已在销售过程中完成现场同步录音录像。

营销服务部/经代公司: 一二三营销服务部 所属组织代码: 12345

受理号码

营销员1签名/代码/联系电话: 刘六 / 10000099 / 13912345999

营销员2签名/代码/联系电话: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

受理台签章

## 基本资料

## 一、个人资料

项目	投保人	被保险人(若与投保人为同一人,免填此栏)
姓名	张三	王五
性别	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性
证件类型	<input checked="" type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 回乡证 <input type="checkbox"/> 其它_____	<input checked="" type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 回乡证 <input type="checkbox"/> 其它_____
证件有效期	<input checked="" type="checkbox"/> 2020年1月1日至2040年1月1日 <input type="checkbox"/> 年 月 日至长期	<input checked="" type="checkbox"/> 2015年1月31日至2035年1月31日 <input type="checkbox"/> 年 月 日至长期
证件号码	4 4 0 1 0 1 <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="8"/> 1 2 3 4	1 1 0 1 1 0 <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> 1 2 2 2
出生日期	1989年8月8日	1989年1月20日
国籍/婚姻状况	国籍 <u>中国</u> / <input type="checkbox"/> 未婚 <input checked="" type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 丧偶	国籍 <u>中国</u> / <input type="checkbox"/> 未婚 <input checked="" type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 丧偶
学历	<input checked="" type="checkbox"/> 研究生 <input type="checkbox"/> 本/专科 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 其它	<input type="checkbox"/> 研究生 <input checked="" type="checkbox"/> 本/专科 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 其它
常住地址	<u>广东</u> 省/自治区 <u>广州</u> 市 <u>越秀</u> 区/县 乡/镇 <u>一二三</u> 街道 <u>越华路123号123房</u> 邮编 <u>3 0 1 1 1 1</u>	<u>广东</u> 省/自治区 <u>广州</u> 市 <u>越秀</u> 区/县 乡/镇 <u>一二三</u> 街道 <u>越华路123号123房</u> 邮编 <u>3 0 1 1 1 1</u>
工作单位	中国一二三公司	中国一二三公司
工作内容/职务	<u>内勤人员</u> / <u>经理</u>	<u>内勤人员</u> / <u>经理</u>
职业等级/代码	<u>一级</u> / 职业代码 <u>A 0 1 0</u>	<u>一级</u> / 职业代码 <u>A 0 1 0</u>
移动电话	<u>13812345678</u> (如本次投保填写的移动电话与既往在我司留存号码不一致,将自动更新为本次填写的移动电话)	<u>15912345888</u>
投保人是被保险人的:	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其它_____ / 投保人是否有20岁及以下子女: <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
投保人税收居民身份:	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 仅为中国税收居民 <input type="checkbox"/> 2. 仅为非居民 <input type="checkbox"/> 3. 既是中国税收居民又是其他国家(地区)税收居民 (如勾选第2项或者第3项,需填写《个人税收居民身份声明文件》)	

## 二、通讯地址及网上查询服务(本合同所有往来文件之送达,均以通讯地址为准,未勾选默认为投保人常住地址)

<input checked="" type="checkbox"/> 投保人常住地址	<input type="checkbox"/> 被保险人常住地址
其它: 省/自治区 市 区/县 乡/镇 街道	邮编:
电子邮箱: <u>zhangsan</u> @123.com	

## 三、身故保险金受益人(如无特别指定,受益人为被保险人的法定继承人,同一受益顺序的受益比例之和须为100%)

姓名: <u>李二</u> 性别: <u>男</u> 出生日期: <u>2020年9月9日</u> 国籍: <u>中国</u>	受益人是被保险人的: <u>子女</u>	受益顺序: <u>1</u>	受益比例: <u>100</u>
证件类型: <u>户口簿</u> 证件有效期: <u>2021年1月1日至长期</u>	证件号码 <u>4 4 0 1 0 1 2 0 2 0 0 9 0 9 1 2 3 4</u>		
姓名: _____ 性别: _____ 出生日期: _____ 国籍: _____	受益人是被保险人的: _____	受益顺序: _____	受益比例: _____
证件类型: _____ 证件有效期: _____ 至 _____	证件号码 _____		
姓名: _____ 性别: _____ 出生日期: _____ 国籍: _____	受益人是被保险人的: _____	受益顺序: _____	受益比例: _____
证件类型: _____ 证件有效期: _____ 至 _____	证件号码 _____		

## 保险项目

## 一、投保计划

投保险种	保障期	缴费期	保险金额/份数/单位
中信保诚「惠康」重大疾病保险(至诚版)	终身	10年	300000
中信保诚附加「加倍保」重大疾病保险B款	终身	10年	300000
首期保险费合计 XXXXX 元	生存领取(含生存保险金或年金): 生存满 周岁后或保单生效 年后		

## 二、投保事项

缴费方式: <input checked="" type="checkbox"/> 年缴 <input type="checkbox"/> 半年缴 <input type="checkbox"/> 季缴 <input type="checkbox"/> 月缴 <input type="checkbox"/> 趸缴	保险费过期未付选择: <input checked="" type="checkbox"/> 保险费自动垫缴(垫缴后您须承担利息) <input type="checkbox"/> 中止合同
分红保险现金红利领取方式: <input type="checkbox"/> 储存生息 <input type="checkbox"/> 抵缴保费	额外投资金额: _____ 元(限投资连结保险/万能保险填写)
保单回溯: 申请 20 21 年 1 月 19 日为保单回溯日	

## 三、投资连结保险填写

首次投资时间: <input type="checkbox"/> 合同生效日 <input type="checkbox"/> 合同犹豫期满后日的下一计价日(若选择该项,则不予受理本投保书中申请的额外投资)
投资账户(投资账户比例应为5%的整数倍,总和应为100%)
1. 优选全债 _____ %    2. 平衡增长 _____ %    3. 成长先锋 _____ %    4. 策略成长 _____ %    5. 现金增利 _____ %
6. 优势领航 _____ %    7. _____ %    8. _____ %    9. _____ %    10. _____ %

## 健康告知

请填写被保险人健康告知。如投保的险种条款涉及投保人豁免保险费的,请同时填写投保人健康告知。

投保人	被保险人	I	投保人的身高 _____ 厘米 体重 _____ 公斤; 被保险人的身高 160 厘米 体重 55 公斤。
		2	最近六个月内是否有下列情形?
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	2A	新发现的或既有的任何身体不适症状或体征,如心悸、胸痛、咳嗽、咯血、腹痛、便血、发热、紫斑、不明原因出血点、明显消瘦(体重下降超过五公斤)?
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	2B	因受伤或患病接受医师治疗、诊疗或用药?或被建议治疗、住院或手术?
		3	过去是否曾有下列症状或疾病?
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	3A	心悸、胸痛、胸闷、晕厥、高血压症(指收缩压大于140mmHg或舒张压大于90mmHg)、缩窄性心包炎、冠心病、心肌梗塞、心绞痛、心肌肥厚、心肌炎、心内膜炎、风湿性心脏病、先天性心脏病、缺血性心脏病、主动脉血管瘤、心律失常、心脏瓣膜病或其它心血管系统疾病。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	3B	反复头痛或眩晕、失语、瘫痪、脑中风(脑出血、脑梗塞、暂时性脑缺血)、脑瘤、脑动脉血管瘤、多发性硬化症、癫痫、重症肌无力、帕金森氏症、神经官能症、神经衰弱或其它脑血管、神经系统疾病,抑郁症或其它精神疾病。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	3C	反复咳嗽、咳血、气喘、呼吸困难、慢性支气管炎、肺气肿、肺心病、支气管扩张症、尘肺症、矽肺症、肺结核、哮喘、胸膜炎、胸腔积液或其它呼吸系统疾病。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	3D	黄疸、肝区疼痛、便血、肝炎、肝炎病毒携带者、肝功能异常、脂肪肝、肝血管瘤、肝硬化、肝脾肿大、食道静脉曲张、胆囊炎、胆石症、胆囊息肉、消化道溃疡、出血或穿孔、胃炎、溃疡性结肠炎、胰腺炎、痔疮或其它消化系统疾病。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	3E	浮肿、蛋白尿、血尿、反复尿路感染、肾炎、肾病综合征、肾功能异常、肾衰竭、肾囊肿、肾积水、尿路结石、膀胱疾病或其它泌尿系统疾病,前列腺疾病或其它生殖系统疾病。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	3F	原因不明皮肤、粘膜及牙龈出血,白血病,贫血,紫癜,脾功能亢进,血友病及各种类型的血液系统疾病。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	3G	甲状腺疾病、甲状腺结节或包块、甲状旁腺机能亢进或低下、尿糖阳性、糖尿病、痛风、高尿酸血症、肢端肥大症、脑垂体机能亢进或低下或其它内分泌疾病。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	3H	关节红肿或疼痛、肌肉萎缩、风湿病、类风湿病、关节炎、股骨头坏死、强直性脊柱炎、椎间盘突出或增生、椎管狭窄、脊柱裂、皮肌炎、肌营养不良症、干燥综合症、红斑性狼疮、胶原症、自身免疫性肝炎、自身免疫性脑炎或其它肌肉骨骼疾病和结缔组织疾病。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	3I	听力下降、耳鸣、中耳炎、复视、视网膜出血或剥离、视神经病变、青光眼、白内障、美尼尔病、五官手术史或其它眼、耳、鼻、喉及口腔疾病。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	3J	癌症、未经证实良性或恶性之肿瘤或肿物、息肉、口腔白斑、囊肿、赘生物。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	3K	是否有其它需要持续关注或治疗的疾病,反复发作的症状或持续存在的异常体征?
		4	过去五年内是否有下列情形?
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	4A	因受伤或生病住院七日以上?
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	4B	接受X光,心电图、脑电图、内窥镜、心血管造影、活组织检查、乳透、B超、CT、核磁共振及血液化验等检查?检查结果如何?
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	5	是否有智能障碍、失明、聋哑、跛行、脊柱或胸廓畸形、四肢缺损或畸形、重听、视力障碍(近视800度以上)?
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	6	您或您的配偶是否曾接受艾滋病的有关检查和治疗的?如是,请告知检查原因和检查结果。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	7	是否有吸烟习惯? 约 1 年, 每天 2 支。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	8	是否有饮酒习惯? 饮酒 _____ 年, _____ (两/周), 种类 _____, 如曾经因喝酒而需要住院治疗,请在说明栏内详细告知住院情况。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	9	是否有使用违禁药物或滥用成瘾性药物?

是□ 否□	是□ 否□	10	您的父母、子女、兄弟姐妹是否有肾病、精神障碍、肝炎（或是肝炎病毒者）、癌症、血友病、多囊肝、多囊肾、肠息肉或任何遗传性、传染性疾病；或60周岁前诊断心脏病、心脑血管疾病、糖尿病；或因上述疾病死亡？
是□ 否□	是□ 否□	11	三周岁以下儿童填写： 是否为低体重儿（出生时体重为两公斤以下）或早产儿或出生时住院治疗七日以上？如是，请在说明栏说明出院诊断。
是□ 否□	是□ 否□	11A	是否有发育迟缓、缺氧缺血性脑病、脑瘫、脑积水、惊厥、抽搐、智能障碍、产伤、心脏超声异常、先天性和遗传性疾病？
是□ 否□	是□ 否□	11B	
是□ 否□	是□ 否□	12	女性填写（>10周岁）： 是否有乳房肿块、乳腺增生、乳腺纤维瘤、溢乳、腋下淋巴结肿大或其它乳房疾病？是否有不规则阴道出血、盆腔炎、子宫肌瘤、子宫内膜异位症、卵巢囊肿等女性生殖器官疾病？是否有不正常的宫颈涂片检查？目前是否怀孕？如是，怀孕_____周，请在说明栏告知是否定期产检？结果如何？
是□ 否□	是□ 否□	12A	
是□ 否□	是□ 否□	12B	

### 财务及其它告知

		13	每年固定收入：投保人 <u>10</u> 万元，被保险人 <u>10</u> 万元。
是□ 否□	是□ 否□	14	您是否有负债或贷款（如有，请在说明栏告知总金额及原因）？
是□ 否□	是□ 否□	15	您是否向本公司以外的其它保险公司购买过或正在申请人身保险合同？若是，请说明保险公司名称、险种名称、保险金额和生效/申请时间，若为未成年人，请告知在其它保险公司购买的人身保险合同约定的身故保险金额总和_____万元。
是□ 否□	是□ 否□	16	您向其它保险公司投保时是否曾被拒保、延期、加费或要求附加其它条件？
是□ 否□	是□ 否□	17	您是否曾向或正准备向本公司或其它保险公司提出索赔申请？请说明理赔原因。
是□ 否□	是□ 否□	18	是否因投保本合同而退保同业或本公司之保险合同？请说明原因。
是□ 否□	是□ 否□	19	是否有参加飞行、潜水、登山、攀岩、赛车、赛马、举重、武术比赛等危险活动？
是□ 否□	是□ 否□	20	过去两年是否曾在中国境外居住超过三个月？如是，请告知国家_____，原因_____。最近六个月内是否拟往中国境外居住？如是，请告知国家_____，原因_____，居住时间_____。
		21	被保险人医疗费用的支付方式为： <input checked="" type="checkbox"/> 公费医疗 <input type="checkbox"/> 社会医疗保险 <input type="checkbox"/> 商业医疗保险 <input type="checkbox"/> 自费 <input type="checkbox"/> 其它_____（未勾选者设定选第一项）
		22	缴纳的保险费来源于缴款人以下的合法收入：（可多选） <input checked="" type="checkbox"/> 工资收入 <input type="checkbox"/> 奖金或分红 <input type="checkbox"/> 投资收益 <input type="checkbox"/> 其它_____

以上如答“是”，请说明对象（被保险人、投保人）并在下栏详细告知，如有诊治病历及相关检查报告，请一并提交。

序号	说明对象	告知内容
14	<input type="checkbox"/> 投保人 <input checked="" type="checkbox"/> 被保险人	有房屋贷款，贷款总额100万元，贷款余额90万元。
16	<input type="checkbox"/> 投保人 <input checked="" type="checkbox"/> 被保险人	在一二三保险公司购买四五六保险因超重加费50%。

### 投保人和被保险人声明与授权事项

- 本人（指投保人）在填写投保书之前已认真阅读理解《中信保诚人寿保险有限公司人身保险投保提示书》，并已亲笔签名确认。
- 中信保诚人寿保险有限公司（以下简称“贵公司”）已就本人（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，本人已经阅读贵公司提供的保险条款，对于所投保保险条款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、保险期间及续保、理赔程序和理赔文件要求等相关内容均已清晰了解。
- 本人（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费用。
- 如本人申请保险单回溯，则本人同意以下事项：①保险费按本人申请的保险单回溯日（以下简称“回溯日”）之周岁年龄费率计算；②保险合同的保单周年日、合同终止日及保险费到期日均依据回溯日进行计算；③保险合同的生效日仍以保险合同原约定为准，不受回溯日的影响。
- 本人（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准的内容外，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。
- 本人（指投保人）知晓根据中国银行保险监督管理委员会的规定，对于父母为其未成年子女投保的人身保险，各保险合同约定的被保险人死亡给付的保险金额总和、被保险人死亡时各保险公司实际给付的保险金额总和在被保险人不满10周岁前，不得超过人民币20万元，在被保险人已满10周岁但未满18周岁前，不得超过人民币50万元。此次本人可为被保险人投保的最高身故保险金额应等于前述最高限额（20万元或50万元，视被保险人年龄而定）减去被保险人在贵公司及其他保险公司已被承保（或正在申请）的身故保险金额总和之差。
- 本人（指投保人和被保险人）确认投保书、与投保书有关的各份问卷及文件、对体检医生的各项声明与陈述确实无误。若不属实，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。
- 本人（指投保人和被保险人）知晓贵公司保险营销员无权决定此投保申请或今后的理赔申请是否被接受，其代理权限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。
- 本人（指投保人和被保险人）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保险消费者以现金方式收取保险费。
- 本人（指投保人）确认本人对被保险人履行监护职责，被保险人的父母已知晓并同意本次投保申请（父母之外的人为未成年人投保以死亡为给付条件的人身保险时适用）。
- 本人（指投保人和被保险人）确认，本人已经通过查阅贵公司官网（网址：www.citic-prudential.com.cn）的内容，阅读、理解并同意《中信保诚隐私政策》的全部内容。本人确认提交贵公司的个人信息为本人自愿提供的真实信息，本人提供的被保险人及受益人的个人信息均已获得个人信息主体的明确授权同意，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。
- 本人（指投保人和被保险人）充分理解并同意，基于本人的同意及履行保险合同的必要，贵公司及其合作机构有权从本人处或合法持有本人个人信息的第三方机构收集、记录、核实、处理本人个人信息，包括但不限于手机号码、身份证件号码、财产信息、个人健康生理信息、保单信息、理赔信息、位置信息、医疗记录、病历及各类检查资料及涉嫌欺诈、洗钱、恐怖主义等信息，并对本人的个人信息进行妥善记录和保存。
- 本人（指投保人和被保险人）充分理解并同意，基于本人的同意，履行保险合同的必要以及其他合法理由，贵公司有权将本人个人信息向相关授权合作伙伴共享，本人已经通过《中信保诚隐私政策》充分理解此类个人信息共享的范围、共享目的和接收方身份。未经本人授权，贵公司不会将个人信息用于人身保险和其他合作机构的销售活动。为确保信息安全，贵公司及其合作机构应采取有效措施并承担保密义务。

请投保人亲笔抄写以下文字（投保分红/投资连结/万能保险产品适用）：

本人已阅读保险条款、产品说明书和投保提示书，了解本产品的特点和保单利益的不确定性。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

本人证实：营销员向本人提供保险条款及投保计划；本人签署投保书等投保文件，缴纳首期保险费均在广州（签署地名称）完成。

投保人签名：张三 被保险人签名：王五 监护人签名：\_\_\_\_\_

（以上应由本人亲笔签名，请勿在空白投保书上签名） 投保书签署日期：2021年2月3日