

( 投保书流水号 )



## 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。

销售投资连结型保险产品，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: 广州越秀 所属组织代码: ABC

所属组织代码: ABC

受理号码

1 2 3 4 5 6 7

营销员 1 签名/代码/联系电话: 12345678 / 陈二 / 13412345678

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

受理台簽章

## 基本資料

## 一、个人资料

二、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>王五</u>	性别: <u>男</u>	出生日期: <u>20100102</u>	国籍: <u>中国</u>						移动电话: <u>13812345999</u>												
证件类型: <u>身份证</u>	证件有效期: <u>20181231</u> 至 <u>20281231</u>		证件号码	1	1	0	1	1	0	2	0	1	0	0	1	0	2	3	3	3	3
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>												
姓名:	性别:	出生日期:	国籍:						移动电话:												
证件类型:	证件有效期: _____ 至 _____		证件号码																		
受益人是被保险人的:			受益顺序:						受益比例:												
姓名:	性别:	出生日期:	国籍:						移动电话:												
证件类型:	证件有效期: _____ 至 _____		证件号码																		
受益人是被保险人的:			受益顺序:						受益比例:												

## 保险项目

## 一、投保计划

产品名称	保险期间	交费期	基本保险金额/份数/单位
中信保诚「诚托久盈至信版」终身寿险(分红型)	终身	20年	500000
首期保险费合计 8888 元	交费方式: <input checked="" type="checkbox"/> 年交 <input type="checkbox"/> 半年交 <input type="checkbox"/> 季交 <input type="checkbox"/> 月交 <input type="checkbox"/> 趸交		

## 二、投保事项

保险费过期未付选择: <input checked="" type="checkbox"/> 保险费自动垫交 (垫交后您须承担利息) <input type="checkbox"/> 中止合同
分红型保险现金红利领取方式: <input checked="" type="checkbox"/> 储存生息 <input type="checkbox"/> 抵交保险费 <input type="checkbox"/> 购买交清保额 年金领取频次: <input type="checkbox"/> 年领 <input type="checkbox"/> 月领 <input type="checkbox"/> 一次性领取
生存保险金/年金开始领取时间: <input type="checkbox"/> 生存满 周岁后或保单生效 年后领取 <input type="checkbox"/> 即期领取 年金领取期限:
限投资连结型保险/万能型保险填写: 每期基本保险费: 元 每期额外保险费: 元 额外投资金额: 元

## 三、投资连结型保险填写

首次投资时间: <input type="checkbox"/> 合同生效日 <input type="checkbox"/> 合同犹豫期满日后的下一计价日 (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。如投保的产品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	1	投保人的身高 170 厘米 体重 70 公斤; 被保险人的身高 160 厘米 体重 50 公斤。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	2	最近六个月内是否有下列情形?
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" 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 checked="" 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?
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	3	过去是否曾有下列症状或疾病?
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" 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、心脏瓣膜病或其他心血管系统疾病。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" 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、神经衰弱或其他脑血管、神经系统疾病, 抑郁症或其他精神疾病。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" 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、胸腔积液或其他呼吸系统疾病。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" 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、痔疮或其他消化系统疾病。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" 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、膀胱疾病或其他泌尿系统疾病, 前列腺疾病或其他生殖系统疾病。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	3F	原因不明皮肤、粘膜及齿龈出血, 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 checked="" 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他内分泌疾病。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	3H	关节红肿或痛疼、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他肌肉骨骼疾病和结缔组织疾病。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" 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、五官手术史或其他眼、耳、鼻、喉及口腔疾病。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	3K	是否有其他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?
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	4	过去五年内是否有下列情形?
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	4A	因受伤或生病住院治疗七日以上?
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	4B	接受 X 光、心电图、脑电图、肌电图、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 checked="" 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 checked="" 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? 如是, 请告知检查原因和检查结果。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	7	是否有吸烟习惯? 约 年, 每天 支。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" 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 。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	10	您的父母、子女、兄弟姐妹是否有肾病、精神障碍、肝炎 (或是肝炎带菌者)、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?

(投保书流水号)

是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	11 11A	<b>三周岁以下儿童填写:</b> 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 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	11B	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 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	12 12A	<b>女性填写 (&gt;10周岁):</b> 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他乳房疾病?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?
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	12B	目前是否怀孕?如是,怀孕_____周,请在说明栏告知是否定期产前检查?结果如何?

**财务及其他告知**

		13	每年固定收入: 投保人 <u>20</u> 万元, 被保险人 <u>15</u> 万元。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	15	您是否向本公司以外的其他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、产品名称、保险金额和生效/申请时间。若为未成年人,请告知在其他保险公司购买的人身保险合同约定的身故保险金额总和 <u>万元</u> 。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	16	您向其他保险公司投保时是否曾被拒保、延期、加费或要求附加其他条件?
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	17	您是否曾向或正准备向本公司或其他保险公司提出索赔申请?请说明理赔原因。
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>	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 type="checkbox"/> 公费医疗 <input checked="" 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"/> 其他 (未勾选者设定选第一项)
		22	交纳的保险费来源于交款人以下的合法收入:(可多选) <input type="checkbox"/> 工资收入 <input type="checkbox"/> 奖金或分红 <input type="checkbox"/> 投资收益 <input type="checkbox"/> 其他_____

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
4A	<input type="checkbox"/> 投保人 <input checked="" type="checkbox"/> 被保险人	2025年5月因肺炎住院10天,输液治疗,已痊愈。
	<input type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 被保险人	

**投保人和被保险人声明及授权事项**

- 本人(指投保人)在投保保险期间超过一年的人身保险产品前已认真阅读理解《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,对于所投保产品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)投保分红型/万能型/投资连结型/变额年金等保单利益不确定的人身保险产品,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。若有本条所述形式之一,本人自愿承担保单利益不确定及不按时交纳保险费的风险:①交保费超过投保人家庭年收入的4倍;②年期交保费超过投保人家庭年收入的20%,或月期交保费超过投保人家庭月收入的20%;③保费交费年限与投保人年龄数字之和达到或超过75;④保费额度大于或者等于投保人保费预算的150%。
- 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注的内容外,其他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)知晓根据国务院保险监督管理机构的规定,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额。
- 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)知晓贵公司的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](http://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)同意由贵公司处理我/我们的个人信息(这些信息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),用于贵公司隐私政策中“我们如何收集和使用您的个人信息”项下所述的目的。《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。
- 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,贵公司及贵公司的合作机构有权从本人处或合法持有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和涉嫌欺诈、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。本人同意贵公司在保单有效期间保存及使用我/我们的个人信息。当我/我们没有持有有效保单时,贵公司不允许使用我/我们的个人信息,直至我/我们再次与贵公司发生业务关系之时,但法律法规另有规定或本人另有授权的除外。
- 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公司和其他合作机构的销售活动。为确保信息安全,贵公司及贵公司的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(投保分红型/万能型/投资连结型/变额年金等保单利益不确定的人身保险产品适用):

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	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、交纳首期保险费均在 广州 (签署地名称)完成。

投保人签名: 张三 被保险人签名: 李四 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: 20 26 年 1 月 1 日