****

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **投保单号码** | XXXXXXXXXXXXXXX | | |
| **销售渠道** |  | | |
| **营业单位** |  | | |
| **人保寿险营销员** |  | **代码** |  |
| **人保财产险/健康险销售人员** |  | **代码** |  |
| **农网信息** |  | | |

人身保险电子投保单

**一、人身保险投保提示**

|  |
| --- |
| 尊敬的客户：  为帮助您更好地认识和购买人身保险产品，保护您的合法权益，请您**在填写投保单之前**认真阅读以下内容：  **一、请您确认保险机构和销售人员的合法资格**  中国人民人寿保险股份有限公司是依法取得中国保险监督管理委员会颁发的《经营保险业务许可证》的保险机构，依法经营各类人身保险业务。您从本公司销售人员处购买保险时，请您关注销售人员是否持有《保险代理从业人员展业证书》。如需要查询销售人员的销售资格，请您登录保险中介监督信息系统查询（网址：http://iir.circ.gov.cn）。  **二、请您根据实际保险需求和支付能力选择人身保险产品**  请您根据自身已有的保障水平和经济实力等实际情况，选择适合自身需求的保险产品。多数人身保险产品期限较长，如果需要分期交纳保费，请您充分考虑是否有足够、稳定的财力长期支付保费，不按时交费可能会影响您的权益。为了确保保险款项收支的合法、真实和安全，建议您使用银行划账等非现金方式交纳保费，并请您提供以投保人名义开立的银行账户。  **三、请您详细了解保险合同的条款内容**  请您不要将保险产品的广告、公告、招贴画等宣传材料视同为保险合同，应当要求销售人员向您提供相关保险产品的条款。请您认真阅读条款内容，重点关注保险责任、责任免除、保险责任的等待期、投保人及被保险人权利和义务、免赔额或免赔率的计算、续保及退保相关约定、保险金的申领手续和资料、费用扣除、产品期限等内容。您若对条款内容有疑问，您可以要求销售人员进行解释。  **四、请您了解“犹豫期”的有关约定**  一年期以上的人身保险产品一般有犹豫期（投保人、被保险人收到保单并书面签收日起15个自然日内）的有关约定。除合同另有约定外，在犹豫期内，您可以无条件解除保险合同，但应退还保险单，保险公司除扣除不超过10 元的成本费以外，应退还您全部保费并不得收取其他任何费用。  **五、“犹豫期”后解除保险合同请您慎重**  若您在犹豫期过后解除保险合同，您会有一定的损失。保险公司应当自收到解除合同通知之日起三十日内，按照合同约定退还保险单的现金价值。 **六、请您充分认识分红保险、投资连结保险、万能保险等人身保险新型产品的风险和特点**( 1 ）如果您选择购买分红保险产品，请您注意以下事项：分红水平主要取决于保险公司的实际经营成果。如果实际经营成果优于定价假设，保险公司才会将部分盈余分配给您。如果实际经营成果差于定价假设，保险公司可能不会派发红利。产品说明书或保险利益测算书中关于未来保险合同利益的预测是基于公司精算假设，不能理解为对未来的预期，红利分配是不确定的。  ( 2 ）如果您选择购买投资连结保险产品，请您注意以下事项：您应当详细了解投资连结保险的费用扣除情况，包括初始费用、买入卖出差价、死亡风险保险费、保单管理费、资产管理费、手续费、退保费用等。您应当要求销售人员将投资连结保险账户价值的详细计算方法对您进行解释。投资连结保险产品的投资回报具有不确定性，投资风险完全由您承担。产品说明书或保险利益测算书中关于未来保险合同利益的预测是基于公司精算假设，不能理解为对未来的预期，实际投资可能赢利或出现亏损。如果您选择灵活交费方式的，您应当要求销售人员将您停止交费可能产生的风险和不利后果对您进行解释。  ( 3 ）如果您选择购买万能保险产品，请您注意以下事项：万能保险产品通常有最低保证利率的约定，最低保证利率仅针对投资账户中资金。您应当详细了解万能保险的费用扣除情况，包括初始费用、死亡风险保险费、保单管理费、手续费、退保费用等。您应当要求销售人员将万能保险账户价值的详细计算方法对您进行解释。万能保险产品的投资回报具有不确定性，您要承担部分投资风险。保险公司每月公布的结算利率只能代表一个月的投资情况，不能理解为对全年的预期，结算利率仅针对投资账户中的资金，不针对全部保险费。产品说明书或保险利益测算书中关于未来保险合同利益的预测是基于公司精算假设，最低保证利率之上的投资收益是不确定的，不能理解为对未来的预期。如果您选择灵活交费方式的，您应当要求销售人员将您停止交费可能产生的风险和不利后果对您进行解释。  **七、请您正确认识人身保险新型产品与其他金融产品**  分红保险、投资连结保险、万能保险等人身保险新型产品兼具保险保障功能和投资功能，不同保险产品对于保障功能和投资功能侧重不同，但本质上属于保险产品，产品经营主体是保险公司。您不宜将人身保险新型产品与银行存款、国债、基金等金融产品进行片面比较，更不要仅把它作为银行存款的替代品。  **八、选择健康保险产品时请您注意产品特性和条款具体约定**  健康保险产品是具有较强风险保障功能的产品，既有定额给付性质的，也有费用补偿性质的。定额给付性质的健康保险按约定给付保险金，与被保险人是否获得其他医疗费用补偿无关；对于费用补偿性质的健康保险，保险公司给付的保险金会相应扣除被保险人从其他渠道所获的医疗费用补偿。如果您投保费用补偿型医疗保险，请告知被保险人是否拥有公费医疗、社会医疗保险和其他费用补偿型医疗保险的情况。请您注意条款中是否有免赔额或赔付比例的约定、是否有疾病观察期约定。如果您投保的医疗保险产品中约定以被保险人在指定医疗服务机构网络中进行医疗为给付保险金的条件，请您关注保险合同、我们的公告或其他形式的通知中所列明的指定医疗服务机构。如果保险公司以附加险形式销售无保证续保条款的健康保险产品，请您注意附加健康保险的保险期限应不小于主险保险期限。  **九、为未成年子女选择保险产品时保险金额应适当**  如果您为未成年子女购买保险产品，因被保险人死亡给付的保险金总和应符合中国保监会的有关规定。其主要目的是为了保护未成年人权益，防止道德风险；同时，从整个家庭看，父母是家庭的主要经济来源和支柱，以父母为被保险人购买保险，可以使整个家庭获得更加全面的保险保障。  **十、请您如实填写投保资料、如实告知有关情况并亲笔签名**  我国《保险法》对投保人的如实告知行为进行了明确的规定。投保时，您填写的投保单应当属实；对于销售人员询问的有关被保险人的问题，您也应当如实回答，否则可能影响您和被保险人的权益。为了有效保障自身权益，请您在投保提示书、投保单等相关文件亲笔签名。 **十一、请您配合保险公司做好客户回访工作** 各保险公司按规定开展客户回访工作，一般通过电话、信函和上门回访等形式进行。为确保自己的权益得到切实保障，您应对回访问题进行如实答复，不清楚的地方可以立即提出，要求保险公司进行详细解释。请您投保时准确、完整填写家庭住址、邮编、常用联系电话等个人信息，以便保险公司能够对您及时回访。  **十二、请您注意保护自身的合法权益**  如果您发现销售人员在保险销售过程中存在误导销售行为，或认为自身权益受到侵犯，请注意保留书面证据或其他证据，可向本公司反映；也可以向当地保监局（或保险行业协会）投诉；必要时还可以根据合同约定，申请仲裁或向法院起诉。  **十三、如有不明事项，特别是理赔相关流程及其所需资料，请咨询我公司服务人员、致电全国统一客户服务电话4008895518或登录网站查询（网址：**[**www.picclife.com**](http://www.picclife.com)**）。** |

**二、客户资料**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **投保人** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **姓名** | | | 张三 | | | | | **性别** | | | 男 | | | | | | **出生日期** | | | 1960 年 10 月 2 日 | | | | |
| **国 籍** | | | 中国 | | | | | **户籍所在地** | | | 陕西 | | | | | | **投保单及保单是否保密** | | | | 是 | | | |
| **证件类型** | | | 身份证 | | | | | **证件号码** | | | 610101196010020088 | | | | | | | | | **年龄** | 55 周岁 | | | |
| **证件有效期** | | | 1990年10月2 日至2020年10月2日 | | | | | | | | | | | | | | **婚姻状况** | | | 已婚 | | | | |
| **平均年收入（过去三年）** | | | | | | | | 10万元 | | | | | | | | | **家庭年收入（过去三年）** | | | | 20 万元 | | | |
| **职业代码** | | | | 1110101 | | | | **职业名称** | | | | 内勤 | | | | | | | | **兼职** | | 司机 | | |
| **工作单位** | | | | | 北京市住建委 | | | | | | | | | | | | **所属行业** | | | 政府机关 | | | | |
| **单位地址** | | | | | 北京市海淀区五棵松 | | | | | | | | | | | | | | | **邮编** | 100000 | | | |
| **现/常住址** | | | | | 北京是丰台区万柳桥某某路 | | | | | | | | | | | | | | | **邮编** | 100000 | | | |
| **联系地址** | | | | | 北京是丰台区万柳桥某某路 | | | | | | | | | | | | | | | **邮编** | 100000 | | | |
| **联系电话** | | | | | 1381000000 | | | **接受手机短信** | | | | | | | 是 | | **EMAIL** | | | 1234567@qq.com | | | | |
| **被保人** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **姓名** | | | | | 张小小 | **性别** | | | | 男 | | | | | | **出生日期** | | | | 1985年10月24日 | | | | |
| **国籍** | | | | | 中国 | **户籍所在地** | | | | 陕西 | | | | | | **年龄** | | | | 30周岁 | | | | |
| **证件类型** | | | | | 身份证 | **证件号码** | | | | 61010200000000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| **证件有效期** | | | | | 1998 年5月4日至长期 | | | | | | | | | | | **平均年收入(过去三年）** | | | | | 30 万元 | | | |
| **婚姻状况** | | | | | 已婚 | | | | | | | | | | | **被保人是投保人的** | | | | | 子女 | | | |
| **职业代码** | | | | | 1110101 | | | **职业名称** | | | | | 内勤 | | | | | | | **兼职** | | 司机 | | |
| **工作单位** | | | | | 北京华为科技有限公司 | | | | | | | | | | | **所属行业** | | | | 计算机 | | | | |
| **单位地址** | | | | | 北京市昌平区某某路某某大厦某室 | | | | | | | | | | | | | | | **邮编** | 1000000 | | | |
| **现/常住址** | | | | | 北京是丰台区六里桥某某小区 | | | | | | | | | | | | | | | **邮编** | 1000000 | | | |
| **联系电话** | | | | | 13100000000 | | **接受手机短信** | | | | | | | 是 | | | **EMAIL** | | 22222@qq.com | | | | | |
| 提示：为确保客户权益，投保人、被保险人的联系电话和联系地址等客户信息发生变更，请及时办理更正手续。否则，可能因无法及时通知投保人、被保险人，造成客户无法及时获取信息、保单失效、款项不能及时送达等后果。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **身故保险金受益人填写栏（如指定被保险人身故时生存的配偶、父母、子女为身故保险金受益人，则本栏可不填写）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **姓名** | **性别** | **出生日期** | | | | **证件类型** | | | **证件号码** | | | | | | | | | **证件有效期限** | | | **是被保险人的** | | **受益顺序** | **受益**  **比例** |
| 王晓晓 | 男 | 2010-10-20 | | | | 身份证 | | | 110106198301050060 | | | | | | | | | 2010-10-20至2030-10-19 | | | 子女 | | 1 | 100% |
|  |  |  | | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | |  | |  |  |
|  |  |  | | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | |  | |  |  |

**三、投保内容**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **险种/ 保险责任名称** | | | | **（基本）保险金额** | | **保险期间** | | **交费期间** | **保险费** |
| 人保寿险百万身价惠民两全保险100000305 2280  人保寿险附加百万身价惠民意外伤害保险100000305 770  人保寿险附加百万身价惠民意外伤害住院定额给付医疗保险100305 195 | | | | | | | | | |
| 年金领取年龄:65周岁年金领取方式:一次性领取首期领取金额:600  保费逾期未付选择方式：合同中止红利领取方式：累积生息  一年期主险/ 一年期附加险是否自动申请续保:是 | | | | | | | | | |
| **险种/ 保险责任名称** | | | | **（基本）保险金额** | | **保险期间** | | **交费期间** | **保险费** |
| 人保寿险团体意外伤害保险（新标准版）-身故保险金 6000000 1 1 2300  人保寿险团体意外伤害保险（新标准版）-II类伤残保险金 6000000 1 1 2850  人保寿险附加意外伤害团体医疗保险（A款） 1000000 1 1 3200  人保寿险附加意外伤害住院定额给付团体医疗保险 2500 1 1 650 | | | | | | | | | |
| 年金领取年龄:16周岁年金领取方式:一次性领取首期领取金额:600  保费逾期未付选择方式：合同中止红利领取方式：累积生息  一年期主险/ 一年期附加险是否自动申请续保:是 | | | | | | | | | |
| 首期/ 趸交保险费合计：￥100元 交费方式 : 趸交（一次交清） | | | | | | | | | |
| 首期/ 趸交保费支付方式：银行转账 续期保费支付方式：银行转账 | | | | | | | | | |
| **投保人户名** | 张某某某 | **授权银行** | 中国农业银行 | | **授权账号** | | 6212080200010886089 | | |

**四、告知事项（若保险条款中涉及对投保人保险费豁免事项，投保人栏必须填写）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **（一）基本告知及说明** | | |
| **告知事项** | | |
| 被保险人身高： 厘米，体重： 公斤；过去一年内体重增加/减少： 公斤，原因：  投保人身高： 厘米，体重： 公斤；过去一年内体重增加/减少： 公斤，原因： | | |
| **（二）健康告知及说明** | | |
| **告知事项** | **投保人** | **被保险人** |
| 1. 吸烟习惯：是否吸烟   被保险人：张小小  吸烟： 年，平均每天支，戒烟年  投保人：张三  吸烟： 年，平均每天支，戒烟年 |  |  |
| 1. 饮酒习惯：是否平均每天饮白酒等烈性酒50克（毫升）以上 |  |  |
| 1. 身体残疾情况告知：   a.您曾否患听力、视力、语言、咀嚼障碍、智力障碍  说明内容： |  |  |
| b.曾否患有脊柱、胸廓畸形、四肢、手、足、指残缺  说明内容： |  |  |
| 1. 症状体征告知：   是否曾患有或被告知有下列症状：或因下列症状接受治疗  慢性咳嗽、咯血、胸闷、心慌、气短、浮肿、声音嘶哑、吞咽困难、呕血、黑便、腹痛、黄疸、贫血、肿块、结节、肿物、血尿、蛋白尿、皮肤淤斑、不明原因皮下出血点、渐进性消瘦、持续性头痛、晕厥、抽搐、昏迷、长期发热、高度近视   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 疾病名称 | 发病时间 | 诊疗医院 | 接受的检查和治疗 | 是否住院 | 最近一次治疗时间 | 目前状况 | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 1. 病史告知：是否曾患有或接受治疗过下列疾病 2. 高血压、先天性心脏病、风湿性心脏病、心内膜炎、冠心病、心肌梗塞、心律失常、心肌炎、脑血管疾病；  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 疾病名称 | 发病时间 | 诊疗医院 | 接受的检查和治疗 | 是否住院 | 最近一次治疗时间 | 目前状况 | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 1. 阿尔茨海默病、帕金森氏病、癫痫、脑部疾病、脊髓疾病、精神病；  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 疾病名称 | 发病时间 | 诊疗医院 | 接受的检查和治疗 | 是否住院 | 最近一次治疗时间 | 目前状况 | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 1. 哮喘、肺结核、肺气肿、支气管扩张、尘肺、矽肺、肺原性心脏病；  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 疾病名称 | 发病时间 | 诊疗医院 | 接受的检查和治疗 | 是否住院 | 最近一次治疗时间 | 目前状况 | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 1. 消化性溃疡、萎缩性胃炎、胰腺炎、肠息肉、肝硬化、肝炎、肝炎病毒感染、胆道感染或胆石症；  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 疾病名称 | 发病时间 | 诊疗医院 | 接受的检查和治疗 | 是否住院 | 最近一次治疗时间 | 目前状况 | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 1. 尿路结石或畸形、肾炎、肾病、肾功能不全、多囊肾、肾盂积水、前列腺疾病；  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 疾病名称 | 发病时间 | 诊疗医院 | 接受的检查和治疗 | 是否住院 | 最近一次治疗时间 | 目前状况 | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 1. 肿瘤（包括恶性肿瘤、原位癌、类癌、肉瘤、尚未证实为良性或恶性的肿瘤、息肉、囊肿、结节、赘生物、包块、肿块等）；  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 疾病名称 | 发病时间 | 诊疗医院 | 接受的检查和治疗 | 是否住院 | 最近一次治疗时间 | 目前状况 | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 1. 糖尿病、痛风、垂体机能亢进或减退、甲状腺机能亢进或减退、甲状腺结节、肾上腺机能亢进或减退；  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 疾病名称 | 发病时间 | 诊疗医院 | 接受的检查和治疗 | 是否住院 | 最近一次治疗时间 | 目前状况 | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 1. 系统性红斑狼疮、风湿或类风湿病、胶原性疾病及结缔组织疾病、椎间盘突出、疝、痔；  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 疾病名称 | 发病时间 | 诊疗医院 | 接受的检查和治疗 | 是否住院 | 最近一次治疗时间 | 目前状况 | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 1. 贫血、血小板减少性紫癜、过敏性紫癜、血友病、白血病、被建议不宜献血；  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 疾病名称 | 发病时间 | 诊疗医院 | 接受的检查和治疗 | 是否住院 | 最近一次治疗时间 | 目前状况 | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 1. 白内障、视网膜疾病、角膜疾病、青光眼、中耳炎及其它眼、耳、鼻、喉或口腔疾病；  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 疾病名称 | 发病时间 | 诊疗医院 | 接受的检查和治疗 | 是否住院 | 最近一次治疗时间 | 目前状况 | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 1. 先天性疾病、遗传性疾病、地方病、职业病、药物过敏史；  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 疾病名称 | 发病时间 | 诊疗医院 | 接受的检查和治疗 | 是否住院 | 最近一次治疗时间 | 目前状况 | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| l．是否还有以上未列明的疾病？   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 疾病名称 | 发病时间 | 诊疗医院 | 接受的检查和治疗 | 是否住院 | 最近一次治疗时间 | 目前状况 | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 1. 诊疗、检查经历： 2. 过去6个月内是否接受过医生的诊断、检查和治疗   说明内容： |  |  |
| 1. 过去1年内的健康体检是否有异常   说明内容： |  |  |
| 1. 过去5年内是否因疾病或受伤住院或手术   说明内容： |  |  |
| 1. 您及您的配偶是否曾接受或试图接受与艾滋病有关的诊察或治疗；在过去6个月内是否曾持续超过一周以上有下列症状：体重下降、食欲不振、盗汗、腹泻、淋巴结肿大及皮肤溃疡   说明内容： |  |  |
| 1. 父母兄弟姐妹中是否有人曾患有遗传性疾病、结核病、肝炎、肝硬化、癌症、糖尿病、肾病、心脏病、中风、高血压、动脉硬化、精神病或曾是乙肝、丙肝病毒携带者或60岁以前因病身故   说明内容： |  |  |
| 1. 妇女专项告知 2. 是否正在怀孕？   孕期周； |  |  |
| 1. 是否患有子宫肌瘤、子宫颈癌、宫颈不典型增生、卵巢囊肿、卵巢癌、异位妊娠、乳腺增生（包块、肿块、结节）、乳腺癌、阴道不规律出血等疾病   说明内容： |  |  |
| 1. 三周岁以下（含三周岁）儿童告知： 2. 是否早产、剖腹产、难产、过期产或使用过保温箱？出生时是否有产伤、窒息、抢救史等异常情况？   说明内容： |  |  |
| 1. 是否有发育迟缓、畸形、病理性黄疸、脑瘫、颅内出血、智能障碍、呼吸困难、反复发热、抽搐、惊厥、腹泻、先天性疾病、传染性疾病或遗传性疾病？   说明内容： |  |  |
| **（三）其他告知及说明** | | |
| **告知事项** | **投保人** | **被保险人** |
| 1. 您是否拥有公费医疗、社会医疗保险和其它医疗费用补偿型保险？   说明内容： |  |  |
| 1. 您是否已购买或正在申请本公司或其它保险公司的人身保险？  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 公司名称 | 投保日期 | 险种名称 | 保险金额 | 保单生效日期 | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |
| 1. 您是否曾经被保险公司解除保险合同或在申请人身保险时被延期、拒保、加费或附加条件承保？   说明内容： |  |  |
| 1. 您是否向任何保险公司提出过人身保险索赔申请？   说明内容： |  |  |
| 1. 您的职业是否涉及高空作业、潜水作业、隧道作业、井下作业或接触任何危险物（化学物质、爆炸物、有毒物质或其它危物）？  |  |  |  | | --- | --- | --- | | 工作内容 | 开始时间 | 拥有何种职业技术等级证书 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |
| 1. a. 您是否驾驶车型为小客车以外的车型？  |  |  |  | | --- | --- | --- | | 驾照类型 | 所驾车型 | 行驶区域 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |
| b. 您是否曾驾车发生过交通事故？   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 次数 | 时间 | 地点 | 原因及判定结果 | 所负责任 | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |
| c. 您的工作是否以摩托车为交通工具？  说明内容： |  |  |
| 1. 您是否爱好或参加私人飞行、马术、蹦极、潜水、登山、滑雪、探险、漂流、搏击类等危险性运动或赛事？  |  |  |  | | --- | --- | --- | | 参加时间 | 参加频率 | 资格认证 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |
| 1. 您是否有超过3个月的国外生活经历或计划两年内出国？  |  |  |  | | --- | --- | --- | | 国家名称 | 出国原因 | 停留时间 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |
| **（四）未成年人特殊告知及说明** | | |
| **告知事项** | **被保险人** | |
| 根据中国保险监督管理委员会下发的《中国保监会关于父母为其未成年子女投保以死亡为给付保险金条件人身保险有关问题的通知》（保监发〔2015〕90号）文件要求：   1. 对于父母为其未成年子女投保的人身保险，在被保险人成年之前，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按以下限额执行： 2. 对于被保险人不满10周岁的，不得超过人民币20万元。 3. 对于被保险人已满10周岁但未满18周岁的，不得超过人民币50万元。 4. 对于投保人为其未成年子女投保以死亡为给付保险金条件的每一份保险合同，以下三项可以不计算在前款规定限额之中： 5. 投保人已交保险费或被保险人死亡时合同的现金价值;对于投资连结保险合同、万能保险合同，该项为投保人已交保险费或被保险人死亡时合同的账户价值。 6. 合同约定的航空意外死亡保险金额。此处航空意外死亡保险金额是指航空意外伤害保险合同约定的死亡保险金额，或其他人身保险合同约定的航空意外身故责任对应的死亡保险金额。 7. 合同约定的重大自然灾害意外死亡保险金额。此处重大自然灾害意外死亡保险金额是指重大自然灾害意外伤害保险合同约定的死亡保险金额，或其他人身保险合同约定的重大自然灾害意外身故责任对应的死亡保险金额。   保险公司不得超过上述限额继续承保，尚未达到限额的，可以就差额部分进行承保。  注：在本告知书中“您“指投保人，是被保险人的父亲或母亲。”我们“指中国人民人寿保险股份有限公司。  **根据中国保监会以上要求，为保证您及被保险人的权益，请您如实告知以下事项：**  被保险人是否已拥有有效或正在申请本公司或其他保险公司以死亡为给付保险金条件的人身保险合同  a.在其他保险公司投保的情况：   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 投保公司名称 | 投保日期 | 投保险种名称 | 身故保险金额（元） | | 泰康人寿 | 2014-1-24 |  |  | |  |  |  |  |   b.在我公司投保的情况：   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 投保日期 | 投保险种名称 | 身故保险金额（元） | |  |  |  | |  |  |  | |  | |

**五、投保须知**

|  |
| --- |
| 1. 本投保单是订立保险合同的重要组成部分，在填写投保单之前，请您认真阅读所投保险种的保险条款、人身保险投保提示和产品说明书，在充分理解条款的保险责任、责任免除、合同解除等内容后，再做出投保决定。 2. 投保单由投保人或被保险人在保险公司营销员的指导下进行电子签名，内容要真实、准确，保证各项信息真实、完整，并请投保人及被保险人（或其监护人）在签名栏内亲笔签名。 3. 根据我国《保险法》规定，保险公司对投保人及被保险人的有关情况有权进行询问，请您如实告知；如您故意或因重大过失未如实告知，我公司有权解除保险合同，并对于保险合同解除前发生的保险事故不承担保险责任。所有告知事项均以书面为准，口头告知无效。 4. 保险合同成立、我公司收取首期保险费并签发保险单为合同的生效条件，保险合同生效日期以保险单载明日期为准。 5. 如果联系电话和联系地址等客户信息发生变更，应及时办理更正手续。否则，可能因无法及时通知投保人、被保险人，造成客户无法及时获取信息、保单失效、款项不能及时送达等后果。 6. 我公司采集客户信息特别是联系电话和联系地址的用途，包括但不限于计算保费、核保、寄送保单和客户回访等。 7. 我公司承诺，未经客户同意不会将客户信息用于人身保险公司和第三方机构的销售活动。 |

**六、保险公司偿付能力说明**

|  |
| --- |
| 根据《中国人民人寿保险股份有限公司2016年3季度风险导向偿付能力季度报告摘要》我公司2016年第3季度核心偿付能力充足率为143%， 综合偿付能力充足率为171%，偿付能力充足率已达到监管要求。根据中国保险监督管理委员会2016年2季度分类监管评价结果，我公司被评定为B类。 |

**七、投保人、被保险人声明和授权**

|  |
| --- |
| 1. 本人声明本投保单及其有关的各份问卷、文件的所有陈述和告知事项均真实、准确、完整；知晓上述一切陈述及本声明将成为中国人民人寿保险股份有限公司（以下简称“人保寿险”）是否同意承保的依据，本人同意将所有陈述及本声明作为保险合同一部分。本人如有不实告知，人保寿险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。 2. 本人已收到人保寿险提供的保险条款，人保寿险营销员/ 销售人员已向本人说明保险合同内容，并就保险责任、责任免除条款（包括除外责任条款、免赔额、免赔率、等待期、比例赔付、解除或中止合同等部分或全部免除或限制保险人责任的条款）、投保提示、特别约定及相关释义等内容向本人进行了单独说明。本人已认真阅读上述条款，并已经知晓了所有单独说明部分的概念、内容及其法律后果。本人已经知晓其他任何人（包括营销员）对保险条款、投保单等内容做出的与之相违背或增减的口头说明及书面陈述均为无效，一切均以保险合同载明为准。 3. 本人已了解如果同意接受人保寿险签发的保险单，则本人签署的任何文件均视为已认可人保寿险对投保单的附加和更改。 4. 对于所投保的分红保险、万能保险和投资连结保险等产品，本人已阅读保险条款、人身保险投保提示和产品说明书，了解本产品的特点和保单利益的不确定性。 5. 如本次投保计划含健康保险产品，本人已认真阅读并理解了人身保险投保提示中的健康保险提示内容。 6. 本人已了解无论采用何种交费方式，保险合同的生效仍需以保险合同成立、本人缴付保险费且人保寿险签发保险单为条件，本保险合同的生效日期以保险单上载明的日期为准。 7. 本人已了解一年期主险/ 一年期附加险的保险期间为一年，选择自动申请续保方式，如人保寿险审核后同意续保、收取保险费后保险合同/ 附加保险合同继续有效；如人保寿险审核后不同意续保、不再收取保险费，保险合同/ 附加保险合同满期终止。如本人决定终止续保，应于一年期主险/ 一年期附加险保险期间届满前办理终止续保手续。 8. 本人同意人保寿险向任何机构、组织和个人就本人任何有关保险事宜、健康及其它情况索取、查询有关资料和证明，并授权人保寿险或任何与人保寿险业务有关的机构或个人用于：1）处理及审核投保单及其它保险事宜；2）提供与该保险有关的服务；3）与本人联络。此授权书的影印本也同样有效。 9. 本人已了解人保寿险对留存于公司内本人全部健康、财务及其它个人资料将承担保密义务，除本声明第8 条列明的情况外不作它用。   10．本人授权人保寿险对本人进行所需的医疗评估和体格检查，并作为审核本投保申请的依据。  11 . 北京保险行业协会建立并开通了人身保险信息平台（查询网址：www.biabii.org.cn），方便保险客户维护自身权益及查询保单信息。根据该协会要求，在中国法律允许或要求的范围内，本人同意或授权贵公司将本人信息及保单信息提供给该信息平台做合理使用，同意该平台向本人提供的手机号码发送投保短信提示。 |

**八、保险款项自动转保授权书（投保人交费方式选择为“银行转账”或“银行代收”）**

|  |
| --- |
| 作为立授权书人即账户所有人( 以下简称“授权人”)，兹对中国人民人寿保险股份有限公司（以下简称“人保寿险”）及被指定银行（以下简称“授权银行”）授权如下：  1．授权人以本人真实姓名开立银行结算账户，并在本投保单首页正确填写了授权银行、户名和授权账号。  2．授权人同意人保寿险在本人提出投保申请后，由授权银行从本人授权账户内划转本次投保所需交付的保险费（若本次投保选择的支付方式非自动转账，将不会从此账户中扣款）和保险合同成立后各期到期保险费。扣款数据以人保寿险向授权银行提供的保险费明细为准。  3．授权人同意授权账户下的保险费划转优先于其它任何用途的款项支付。如授权人在同一授权账户划转两份或两份以上投保单或保险合同的保险费时，授权人同意由授权银行或人保寿险按照其业务规定的转账顺序进行划转。  4．为保证转账成功，授权人应保证授权账户在每次转账前的账户金额不低于当期应支付的保险费和授权银行所要求的最低存款余额两者之和。  5．因授权人提供的账户信息错误、账户金额不足或者账户销户、冻结、挂失、不符合授权银行或人保寿险对授权账户要求等原因造成转账不成功，致使合同不能成立或不能持续有效，因此引起的责任由授权人本人承担。  6．授权账户将自动作为接受拒保、延期投保、撤销投保申请、犹豫期退保以及其他应支付给投保人款项的账户。如涉及生存保险金领取并且生存保险金受益人与投保人为同一人时，该账户也将被作为接受生存保险金的账户。  7．授权人如因存折遗失等原因欲终止授权账户，应及时到授权银行办理更换或终止手续并书面通知人保寿险；授权人欲终止或变更授权账户，应于当期保险费到期日一个月前或当期保险款项给付日一个月前以书面形式通知人保寿险。因未及时办理终止或变更等手续而导致转账不成功，授权人仍负有其它方式缴付保险费的义务，并应承担相应责任。人保寿险对在收到前述书面通知前按规定划付至授权账户的款项视为已支付给授权人。  8．本授权书为授权人对人保寿险从其授权账户中扣款的授权证明，不作为收取现金的凭据。划款方应向投保人出具保费发票或保费划扣收据。本授权书将持续有效直至出现以下任一情况时效力终止：1）人保寿险接受授权人终止授权申请；2）授权账户终止/ 被冻结；3）人保寿险不同意承保；4）保险合同未生效撤销/ 效力终止。  注: 1. 授权账户必须为投保人所有，且必须是立授权书人本人账户。  2. 授权账户账号须为在授权银行开立的个人储蓄结算账户（信用卡除外）所载的账号。  3. 若变更授权账户，须同时提供印有授权人账户姓名的账户复印件（存折或银行卡）及身份证复印件。 |

**您若投保分红、万能和投资连结保险产品，请您在下栏内亲笔注明《投保人、被保险人声明和授权》中第4**

**条的内容：**

|  |
| --- |
| **投保人声明**：对于所投保的分红保险、万能保险和投资连结保险产品，本人 |

|  |
| --- |
| **《人身保险投保提示》投保人声明: 销售人员已就本人拟投保产品的保险合同内容进行了详细说明，向本人**  **提供了保险条款并单独就责任免除条款作出了明确说明。本人已认真阅读并理解上述投保提示内容。**  **请您确认已认真阅读了人身保险投保提示，并且确认本投保单中所有内容填写真实、准确、完整，且已充分了解声明和授权后亲笔签名。**  **投保人（立授权书人）签名：被保险人（或其监护人）签名：投保日期：年月日** |

|  |
| --- |
| **营销员声明**：本人已面见投保人及被保险人，已向投保人提供所投保险种的保险条款，并向投保人详细说明条款内容，尤其是保险责任、责任免除及合同解除等条款内容。本人将就投保单列明的所有告知事项逐一向投保人及被保险人当面询问，并见证投保人本人、被保险人本人亲笔签字，且保证将不存在本人代投保人及被保险人签字的行为。如因客户告知事项未如实向公司转述或书面告知，或因本人的其他违法违规行为而给保险合同一方或双方造成损失的，本人愿承担相应法律责任。  **营销员签名：日期：年月日联系电话：18600451234** |

**客户服务电话：400-8895518公司网址:www.picclife.com 公司电子商务网址：www.e-picclife.com**