

本投保书须在2019年04月30日前使用，逾期无效。

代理单位代码	柜员代码	暂收收据号	保险单印刷号
--------	------	-------	--------

1、账户所有人在首期保险期间内，如发生保险事故，本公司将在接到通知后，按合同约定赔偿保险金。如发生保险事故，本公司将在接到通知后，按合同约定赔偿保险金。如发生保险事故，本公司将在接到通知后，按合同约定赔偿保险金。

2、账户所有人在首期保险期间内，如发生保险事故，本公司将在接到通知后，按合同约定赔偿保险金。如发生保险事故，本公司将在接到通知后，按合同约定赔偿保险金。如发生保险事故，本公司将在接到通知后，按合同约定赔偿保险金。

3、账户所有人在首期保险期间内，如发生保险事故，本公司将在接到通知后，按合同约定赔偿保险金。如发生保险事故，本公司将在接到通知后，按合同约定赔偿保险金。如发生保险事故，本公司将在接到通知后，按合同约定赔偿保险金。

4、账户所有人在首期保险期间内，如发生保险事故，本公司将在接到通知后，按合同约定赔偿保险金。如发生保险事故，本公司将在接到通知后，按合同约定赔偿保险金。如发生保险事故，本公司将在接到通知后，按合同约定赔偿保险金。

1



询问事项		投保人	被保险人
01	您是否曾经在投保本公司或其他保险公司产品时被拒绝投保？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
02	您是否曾经/当前属于如下职业： 矿工、海上救护及潜水人员、爆破工、采掘工、化工产品生产工人、火药爆竹制造及加工工人、高压电工程作业人员、高空作业人员、战地记者、特技演员、动物园驯兽师、高空杂技、飞车、飞人演员、特种兵（伞兵、海军陆战队、化学兵、负有布雷爆破任务之工兵）、空中或海上作业人员、前线军人	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
03	您是否曾经/当前患有如下疾病： 智能障碍、恶性肿瘤、冠心病、心绞痛、心律失常、先天性心脏病、风湿性心脏病、心肌病、心力衰竭、帕金森氏综合症、脑梗塞、脑出血、重症肌无力、多发性硬化、呼吸衰竭或其他呼吸系统疾病、肺心病、肝硬化或其它肝脏疾病、尿毒症、肾病、肾脏功能障碍、慢性肾炎、再障、白血病、淋巴瘤、系统性红斑狼疮、精神疾患、影响生活自理能力的残疾、患艾滋病或感染艾滋病病毒？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
04	您是否有五官、脊柱、胸廓、四肢畸形或残疾？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

财务告知

05 您最近两年的平均年收入是？ 来源：①工薪 ②个体 ③私营 ④房屋租赁 ⑤证券投资 ⑥银行利息 ⑦其它 注：您的家庭年收入是_____万元？	_____万元 序号：_____	_____万元 序号：_____
--	---------------------	---------------------

被保险人补充健康告知（如果您投保的产品中含“重大疾病保险金”或“疾病身故保险金”或“癌症保险金”，请填写06-10项）

询问事项	被保险人
06 您是否目前或过去曾进行过以下检查或治疗？ A. 一年内去医院进行过门诊的检查、服药、手术或其它治疗。 B. 过去三年内曾有医学检查（包括健康体检）结果异常。 C. 过去五年内曾住院检查或治疗（包括入住疗养院、康复医院等医疗机构）。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
07 您是否目前或过去一年内曾有过下列症状？ 反复头痛或眩晕、晕厥、咯血、胸痛、呼吸困难、呕血、黄疸、便血、听力下降、耳鸣、复视、视力明显下降、原因不明皮肤或粘膜或齿龈出血、原因不明的发热、体重下降（3个月内超过5公斤）、原因不明的肌肉萎缩、原因不明的包块或肿物？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
08 您是否目前患有或过去曾患过下列疾病或手术史？ A. 脑、神经系统及精神方面疾病，例如：癫痫、脑中风、脑炎、脑膜炎、脑血管瘤、运动神经元病、阿尔茨海默氏症、帕金森氏综合症、脊髓疾病、重症肌无力、多发性硬化、抑郁症、精神病、脑部手术史。 B. 心脏、血管的疾病，例如：高血压、冠心病、心绞痛、心律失常、心肌梗塞、先天性心脏病、风湿性心脏病、心肌病、室壁瘤、动脉瘤、心脏瓣膜病、主动脉疾病、下肢静脉曲张。 C. 呼吸系统疾病，例如：慢性支气管炎、肺气肿、肺心病、哮喘、肺结核、肺栓塞、支气管扩张、尘肺、间质性肺病、肺纤维化。 D. 消化系统疾病，例如：胃和/或十二指肠溃疡、胰腺炎、肝炎（请注明类型）、乙肝或丙肝病毒携带、多囊肝、肝内胆管炎、肝硬化、胆结石、慢性或溃疡性结肠炎、克隆病、腹部手术史。 E. 泌尿系统疾病，例如：血尿、蛋白尿、尿路畸形、肾炎、肾病、肾脏功能不全、尿毒症、肾移植、肾积水、肾囊肿、泌尿系统结石、泌尿系统手术史。 F. 骨骼、肌肉、结缔组织的疾病，例如：类风湿关节炎、强直性脊柱炎、椎管狭窄、脊柱裂、股骨头坏死、骨性关节炎、骨髓炎、皮炎、肌营养不良症、干燥综合症、系统性红斑狼疮。 G. 内分泌、血液系统疾病，例如：糖尿病、痛风、甲状腺或甲状旁腺疾病、白血病、血友病、再生障碍性贫血、地中海贫血。 H. 五官科疾病，例如：视网膜出血或剥离、青光眼、白内障、高度近视（800度以上）、美尼尔病、五官手术史。 I. 以上未提及的肿瘤，包括：肉瘤、癌、良性肿瘤、息肉、囊肿。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
09 您的父母、兄弟姐妹中有两人或以上在60岁以前因疾病去世？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
10 女性告知： A. 您若曾经怀孕或生产过，请问怀孕及生产期间是否有并发症？例如：蛋白尿、高血压、糖尿病、宫外孕等。 B. 您是否曾有阴道异常流血、畸胎瘤、葡萄胎、盆腔炎或其他任何乳房、子宫、卵巢的疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

未成年人告知（被保人未满18岁时，以下告知必填）

11 您目前是否已有或正在申请除本公司以外的人身保险？ 若“是”，请在备注栏中详述投保险种、保险金额、承保公司和日期。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
---	---

备注：
-----

投保人、被保险人声明和授权（请您确认各项内容填写完整后亲笔签名）

1. 中国平安人寿保险股份有限公司及其代理人已提供本人所投保产品条款，对条款进行了说明尤其是对免除保险人责任条款、合同解除条款进行了明确说明。本人对所投保产品条款及产品说明书已认真阅读、理解并同意遵守。

2. 本人在投保书中的健康、财务及其它告知内容均属真实，与本投保书有关的问卷、体检报告书及对体检医生的各项陈述均确实无误。如有不实告知，中国平安人寿保险股份有限公司（以下简称“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。所有告知事项以书面告知为准，口头告知无效。

3. 本人已知晓：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下，如贵公司审核后同意续保，收取保险费后保险合同/附加保险合同继续有效；如贵公司审核后不同意续保，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/一年期附加险满期日前亲自办理或委托贵公司服务人员办理终止续保手续。

4. 本投保书中转账账户所有人、开户银行和账号均真实可靠，特授权贵公司从该账户中划扣本合同所需缴纳的各期保险费。

5. 本人已知晓：本合同自贵公司审核后同意承保、收取足额首期保险费后开始生效，具体生效时间记载在保险单上。

6. 本人授权贵公司可以从任何单位、组织和个人就有关保险事宜查询、索取与本人有关的资料，贵公司对个人资料承担保密义务。

7. 本人同意授权贵公司向征信机构查询本人被征信机构合法采集、整理或加工产生的其他信息提供者提供的个人信息用于中国平安人寿保险股份有限公司核保、理赔、保全等业务审查相关事宜；如不同意本授权条款，可【致电客服热线95511】取消授权。

8. 本人授权平安集团，除法律另有规定之外，将本人提供给平安集团的信息、享受平安集团服务产生的信息（包括本单证签署之前提供和产生的信息）以及平安集团根据本条约约定，基于为本人提供更优质服务之目的，向平安集团因服务必要开展合作的伙伴提供、查询、收集本人的信息。为确保本人信息的安全，平安集团及其合作伙伴对上述信息负有保密义务，并采取各种措施保证信息安全。本条款自本单证签署时生效，具有独立法律效力，不受合同成立与否及效力状态变化的影响。本条所称“平安集团”是指中国平安保险（集团）股份有限公司及其直接或间接控股的公司，以及中国平安保险（集团）股份有限公司直接或间接作为其单一最大股东的公司。如您不同意上述授权条款的部分或全部，可致电客服热线（95511）取消或变更授权。

9. 本人已知晓：生存保险金可留存于贵公司进行累积生息，保险合同效力中止期间或合同效力终止后，生存金将停止计息。

10. 本人已知晓：本投保书不得作为收取现金的凭证，销售人员不得收取现金和不得代领保险金。

11. 投保人及被保险人知晓并同意：若本人的同一保险单中包含多个主险，如非万能型主险生存类保险金领取方式、红利领取方式选择进入万能型主险保单账户，则投保人可就万能型主险保单账户价值进行部分领取。同时，万能型主险年金转账领取账户为本次投保付费账户。若本人申请解除其中的非万能型主险合同时，本人将同时申请解除万能型主险合同；若本人申请变更其中的非万能型主险合同的投保人、受益人时，则本人将同时申请变更万能型主险投保人、受益人，且万能型主险变更内容与其它主险合同变更申请内容一致。若本人申请请保单贷款，本人将同时从可申请保单贷款的各保险产品现金价值中申请贷款，每个保险产品贷款金额为申请贷款总金额乘以该保险产品现金价值占所有可贷款保险产品现金价值总额的百分比。

12. 分红保险的分红收益、万能保险保证利率之上的收益与投资连结保险投资账户收益并不确定，请您参阅投保提示书第七条。按法规要求请投保人亲笔抄录：“**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。

13. 指定保险合同生效日（非必填内容）  
本人（投保人）希望本合同自\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日零时（即指定的合同生效时间）开始生效，同时本人（投保人）同意：  
(1) 如指定的合同生效时间不早于贵公司同意承保时间，本合同将以指定的时间开始生效。  
(2) 如本投保申请经贵公司审核不同意承保，指定的合同生效时间无效，贵公司不承担保险责任。

投保人签名：	被保险人/法定监护人签名：	投保申请日期：	年 月 日
--------	---------------	---------	-------

代理单位填写栏	代理单位名称：	柜员姓名：	<input type="checkbox"/> 已按监管规定对销售过程关键环节录音录像
---------	---------	-------	--

保险公司填写栏	专管员姓名/代码：	渠道模式：
---------	-----------	-------

您填写投保书后，本公司的客户服务人员可能会以电话或信函方式近期为您提供相关服务。若给您带来不便，敬请谅解。  
本投保书中所有“本公司”均指“中国平安人寿保险股份有限公司”。