



D1\$009



人身保险投保单

(银行代理保险专用)

人民币单



D1\$SH0039904

合同递送方式: ☐ 客户至银行网点领取 ☐ 快递直送客户

投保单号码 SH0039904

客户服务热线: 95383

网址: www.manulife-sinochem.com

保险合同号码

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

投保须知

感谢您投保中宏人寿保险有限公司(以下简称“本公司”)的保险产品。为了便于您了解所投保的产品,维护您的合法权益,请认真阅读本投保须知:

1. 本投保单为保险合同的重要组成部分,在填写投保单前,请认真阅读产品说明书、计划书、投保提示书以及本投保单随附的产品条款,并在确认已充分理解保险责任、犹豫期、合同解除、责任免除以及免赔额、免赔率、比例给付、等待期等免除或者减轻本公司责任的条款后,再作出投保决定;一切与本投保单及保险条款不相符的口头或书面形式的解释、说明及承诺、保证,均属无效。
2. 请根据您的实际情况确定适合的(基本)保险金额、缴费期限和每期保险费,无法持续缴纳保险费将可能导致保险合同效力的中止。
3. 投保人和被保险人应履行如实告知义务,应对投保单、与投保相关的问卷及文件、体检表格的各项内容如实完整地予以告知。各项告知内容均以本投保单及其他相关文件中的书面告知为准;如果投保人和被保险人未履行如实告知义务,本公司有权依照《保险法》的相关规定解除保险合同,并对保险合同解除前发生的保险事故不承担给付保险金的责任。
4. 投保人、被保险人在投保单上提供的个人及受益人信息(包括联系方式),将被用于保费计算、核保、保单递送、客户回访、保全服务等事项,信息如果不完整或不真实将直接影响投保人和被保险人的权益,因此请务必提供真实、准确、完整的信息。本公司承诺:未经您同意,不会将客户信息用于本公司及第三方机构的销售活动。若本公司因业务需要而委托服务供应商提供客户服务或推荐产品的,本公司将要求服务供应商对您的个人信息提供符合中国法律法规规定的保护。
5. 投保单应由投保人、被保险人亲笔签署(18周岁以下未成年人由法定监护人代签名)。

A. 投保人资料

投保人姓名: ZHAO SHAN SHAN LILY

性别: 女	年龄: 35岁	出生日期: 1982-07-17	国籍: 中国
证件号码: 332244190838421	证件类型: 台湾居民来往大陆通行证或其他有效旅行证件		证件有效期满日: 终身
手机号码: 13795474321	家庭电话:	电子邮箱:	
家庭住址: ANDORRA23#LUJIAZUIHUANLUDBS TOWER15F			邮政编码: 200120
工作单位或学校名称: CORP_CN_001_PFFI			
工作单位或学校地址: 41645			
单位所属行业: 321231		职务与工作内容: 999-321312	
平均月收入: 10万元	年收入: 123.0万元	投保人是被保险人的: 本人	
通讯地址: AFGHANISTAN15FLUJIAZUIDBS TOWER			邮政编码: 200435

B. 被保险人资料

被保险人姓名: 1312

性别: 男	年龄: 1岁	出生日期: 2015-09-01	国籍: ANTIGUA AND
证件号码: 123312	证件类型: 外国公民护照		证件有效期满日: 2015-09-29
手机号码: 12312312	家庭电话:	电子邮箱:	
家庭住址: ANTIGUA AND BARBUDA123123			邮政编码: 321312
工作单位或学校名称:			
工作单位或学校地址:			
单位所属行业:		职务与工作内容: 121003-工程技术人员	
平均月收入: 10.3万元		年收入: 123.0万元	

C. 保险计划和保险费信息

基本利益保障	(基本) 保险金额	缴费期	保险期间
贷款保险		2年	1年
养老金首次领取日： 不适用	养老金领取期： 不适用		
保险费费率：每万元保额, 保费 元			
附加利益保障	(基本) 保险金额/计划组合	缴费期	保险期间
无			
缴费周期： 年缴	首期保险费合计： 0元	每期保险费合计： 0元	
保险费来源： 012345678901234567			
保险费缴费方式 首期：	续期： 银行自动转账		
红利运用方式： 现金领取			

保险合同号码

保险权益的选择（若适用）：

续期保险费超过宽限期仍未支付时，您是否选择自动贷款垫交保险费：不适用

对于需要续保的产品，在本公司同意续保时，您是否选择自动续保：不适用

D. 投资连结型保险计划和保险费信息（适用于投资连结型保险产品）

首期一次性保险费：元

账户类型

账户比例

股票型投资账户

混合偏股型投资账户

债券型投资账户

货币型投资账户

灵活配置型投资账户

投资日期选择：

E. 授信信息/个人贷款信息（适用于信贷安心意外伤害保险产品）

个人贷款合同编号/授信额度协议编号

个人贷款金额/授信金额

0元

F. 身故保险金受益人资料（适用于信贷安心意外伤害保险产品）

第一受益人：上海卢湾支行

G. 身故保险金受益人资料（本栏之身故保险金受益人必须是被保险人的配偶、子女、父母或为法定继承人；若未填写受益比例，各身故保险金受益人按照相等份额享有受益权；如果客户投保信贷安心意外伤害保险，本栏之身故保险金受益人必须为第二受益人）

受益人姓名：法定

与被保险人关系：

国籍：

身份证件类型：

证件号码：

证件有效期满日：

出生日期：

性别：

受益顺序：

受益比例：

受益人姓名：

与被保险人关系：

国籍：

身份证件类型：

证件号码：

证件有效期满日：

出生日期：

性别：

受益顺序：

受益比例：

H. 告知事项

	被保险人回答	投保人回答
1. 您是否计划或申请移居外地或国外（包括去外地或国外工作）或计划从事其他职业？	1.否	
2. 您是否曾被人寿保险公司拒保、限制保障权益或加收额外保险费或在保险公司理赔？	2.否	
3. 您是否会参加潜水、赛车、攀岩、登山等危险的运动或搭乘定期航班以外的其他航空交通工具？若“是”，请填写有关问卷。	3.否	
4. 您是否正在申请或已拥有寿险、意外险、重大疾病保险或每日住院现金利益？若“是”，请说明如下：	4.否	

被保险人：

保险公司名称	寿险保额（元）	意外险保额（元）	重大疾病保额（元）	每日住院现金利益（元/天）
保险公司名称	寿险保额（元）	意外险保额（元）	重大疾病保额（元）	每日住院现金利益（元/天）

投保人：

保险公司名称	寿险保额（元）	意外险保额（元）	重大疾病保额（元）	每日住院现金利益（元/天）
保险公司名称	寿险保额（元）	意外险保额（元）	重大疾病保额（元）	每日住院现金利益（元/天）

上述问题1-3如有答案为“是”，请附上该题题号，并具体说明。

I. 健康声明

以下关于被保险人的问题需回答	被保险人回答
1. 您是否曾经患有或被告知患有下述疾病或症状，或因此接受治疗：中风、脑脊液漏、动脉瘤、心脏病、高血压控制不良（收缩压 > 175mmHg或舒张压 > 100mmHg）、高血压合并并发症、糖尿病控制不良（空腹血糖 > 11mmol/l）、糖尿病合并并发症、癫痫、抑郁症、精神分裂症、痴呆、智力障碍、严重肝病（如肝硬化、重症肝炎等）、严重贫血（血红蛋白 < 9.5g/l）、尿毒症、恶性肿瘤等严重疾病，颈椎病或腰椎间盘突出症，内脏的损伤、切除或缺失，艾滋病、感染艾滋病病毒、吸毒、酗酒、使用非法或违禁药物？	1.否
2. 您是否存在失明、身体机能障碍或残缺、关节功能异常、肢体肌力下降、两侧肢体不对称？	2.否
3. 您是否有过酒后驾驶、被吊销驾照或者因违法驾驶被拘留？	3.否
上述问题1-3如有答案为“是”，请附上该题题号，并具体说明。	

J. 健康声明

1. 被保险人身高： <div>厘米</div>	被保险人体重： <div>公斤</div>		
投保人身高： <div>厘米</div>	投保人体重： <div>公斤</div>		
		被保险人回答	投保人回答
2. 您在过去2年内是否有就诊史？如“是”请详述就诊医院、就诊的时间和原因。			
3. 您的父母、兄弟姐妹中是否有罹患癌症或60岁以前因疾病去世的？若“是”，请详述。			
您是否曾经患有或被告知患有以下疾病或症状，或因此接受治疗： 4. 胸闷、胸痛、心悸、晕厥、浮肿、心脏杂音、血压升高（指收缩压 140mmHg或舒张压 90mmHg）、心绞痛、冠心病、心肌梗塞、心律失常、心力衰竭、先天性心脏病，心肌炎、心肌病、心内膜炎、风湿性心脏病、心脏瓣膜异常、下肢静脉曲张、外周血管疾病、动脉硬化或其它心血管系统病症？ 5. 反复咳嗽或咯痰、咯血、气喘、呼吸困难、胸腔积液、支气管炎、肺炎、胸膜炎、气胸、哮喘、支气管扩张、肺气肿、肺心病、呼吸衰竭或其它呼吸系统病症？ 6. 黄疸、肝肿大、肝功能异常、乙型或丙型肝炎、肝炎病毒携带、脂肪肝、肝硬化，吞咽困难、呕血、便血、黑便、反复腹痛或腹泻，食道、胃、十二指肠 肠溃疡或穿孔，胃炎、胆囊炎、胆结石、胰腺炎、结肠炎、克罗恩病（Crohn病）、肠梗阻、疝、痔、直肠肛门疾病或其它消化系统疾病？ 7. 尿中有血或蛋白或糖、肾炎、肾病综合症、尿路畸形、尿路结石或尿路感染、肾囊肿、多囊肾、肾积水、肾功能异常、尿毒症、膀胱疾病、前列腺疾病或其它泌尿生殖系统病症？ 8. 糖尿病、血糖异常、高血脂、痛风，甲状腺或甲状旁腺的功能亢进、减退、肿大，垂体功能亢进或减退、肾上腺疾病或其它内分泌或代谢疾病？ 9. 复视、800度以上近视、失明、听力下降、耳聋、耳鸣、鼻出血、声音嘶哑、白内障、青光眼、虹膜睫状体炎、视网膜或视神经疾病、中耳炎、美尼尔氏病、鼻窦炎、扁桃腺疾病或其它眼、耳、鼻、口腔、咽喉病症？ 10. 中风、脑血管疾病、脑脊液漏、反复头晕或头痛、眩晕、震颤、抽搐、语言或意识障碍、颅脑畸形或损伤、脑膜炎、脑炎、帕金森氏病、癫痫、多发性硬化、重症肌无力、肢体肌力下降、脊髓疾病、精神分裂症、抑郁症、焦虑症、智能低下、痴呆、神经官能性疾病或其它脑、神经系统病症或精神疾病？ 11. 淋巴肿大、脾肿大、反复出血、过敏或曾被建议不宜献血、贫血、地中海贫血、白血病、紫癜、血友病、淋巴瘤、脾功能亢进、骨髓疾病或其它血液系统病症？ 12. 关节疼痛、肿大、变形，关节功能异常、肌肉萎缩、运动障碍、瘫痪、脊髓灰质炎、坐骨神经痛、颈椎或腰椎病、骨关节炎、脊柱或胸廓的畸形、功能障碍，四肢、手指、趾的缺失、畸形或功能障碍，人工装置物、红斑狼疮、强直性脊柱炎、风湿热、类风湿性关节炎、干燥综合症、牛皮癣、湿疹、双侧肢体不对称或其它骨骼、肌结缔组织或皮肤病症？ 13. 癌、肉瘤、肿瘤、血管瘤、息肉、囊肿、赘生物、结节或其它任何包块或肿物？ 14. 结核病、霍乱、伤寒、疟疾、血吸虫、性病、感染或携带HIV病毒、艾滋病或其它传染性疾病？ 15. 先天性或遗传性疾病、酒精或其它原因中毒，五官、四肢、胸廓、脊柱损伤，内脏损伤、切除或缺失？ 16. 上述未提及的疾病或症状？			
您在过去五年内曾经或正在： 17. 接受X光、CT、MRI、核素扫描、心电图、血液、超声波、内窥镜、活体检查或其它诊断检查？ 18. 接受或被告接受医疗检查、进行治疗、入住医院、接受手术、药物或其它方式治疗？ 19. 因疾病、意外、受伤申请或获得理赔？			
20. 您在过去一年体重是否有5公斤以上的增减？如有，增_____公斤或减_____公斤，原因_____。 21. 您是否曾或正接受任何治疗或使用任何药物；您是否曾经接受过输血及血制品，或曾被拒绝输血？ 22. 您是否吸烟或曾吸烟？如是，平均吸烟_____支/天，已吸烟_____年；如已戒烟，原因和时间_____。			
23. 您是否饮酒或曾经饮酒？如是，平均_____两/次，种类_____，频率_____，已饮酒_____年；如已戒酒，原因和时间_____。			
24. 您是否曾或正在使用成瘾性药物、违禁药物或麻醉剂？是否曾使用上述药物或酒精后驾车被罚款或起诉？过去5年内您是否曾犯罪或目前正在被司法起诉？			
2周岁以下儿童适用： 25. 出生体重_____公斤；出生时留院天数_____天，若超过7天，请说明原因。 26. 是否有早产、难产，出生时窒息史、抢救史或被置于保温箱等异常情况，有新生儿产伤、病理性黄疸、新生儿溶血、新生儿肺透明膜病、先天畸形或缺陷、先天性或遗传性疾病、发育迟缓、智能低下、唐氏综合症或其它疾病？			

保险合同号码

女性适用（12周岁及以上适用）：

27. 您现在是否怀孕？如是，请说明预产期_____。

28. 您怀孕期间是否有糖尿病、高血压、蛋白尿等并发症？

29. 您是否有乳房肿块或其它乳房异常情况？

30. 您是否有月经紊乱、严重痛经、纤维瘤、囊肿等其它阴道、子宫、输卵管、卵巢疾病？

31. 您是否曾有宫颈涂片的异常或被医生建议重复宫颈涂片检查？

32. 您是否被建议进行钼靶、活检、乳房手术、盆腔B超或其它妇科诊断检查？如果是，请详细说明日期、原因、具体项目和结果。

上述问题中如有答案为“是”，请附上该题题号，并具体说明求诊日期、诊断结果、治疗方法、目前情况、医院和医生名称等，并请提供病历资料。

K. 投保人告知事项和声明

1. 保险费缴费为一次缴清适用：您所交保费是否超过投保人家庭年收入的4倍？

2. 保险费缴费为年缴适用：您的年缴保险费是否超过投保人家庭年收入的20%？

3. 您的保费额度是否大于或等于投保人保费预算的150%？

4. 投保人保费缴费年限与投保人年龄数字之和是否达到或超过60？

1.否

2.否

3.否

4.否

本人确认投保时了解产品情况，并自愿承担保单利益不确定的风险。

L. 海外账户纳税法案声明

1. 投保人是否为美国公民？

2. 投保人是否为美国居民？

3. 投保人是否为拥有美国居民身份之外侨（即美国绿卡持有人）？

1.否

2.否

3.否

中宏人寿保险有限公司声明：本公司理解，您个人信息的保密和使用对您十分重要；我们亦向您保证，这对我们同样重要。收集并使用您的个人信息不仅能使我们符合监管规定，还能让我们更好地评估、签发并管理您所投保的保单；因此收集并使用您的个人信息对我们非常重要。

如您签署或递交了投保单，则您同意如下内容：

● 您理解，中宏人寿保险有限公司（“中宏保险”）由加拿大宏利金融旗下的宏利人寿保险（国际）有限公司和中化集团财务有限责任公司合资组建。中宏保险需遵守境内外监管机构（包括境内和境外的税务机构）的要求，并需承担包括（但不限于）与信息共享、税务申报和从中宏保险须向您支付的款项中作出预扣相关的义务（合称“法律监管要求”）。

● 您同意，我们可使用您提供给中宏保险的个人信息，且您将根据我们的要求向我们提供您的个人信息，并同意我们将您的个人信息共享给我们境内外的监管机构（包括境内和境外的税务机构），以便我们遵守法律监管要求。

● 您提供给我们的信息中有任何变更时，包括将导致您纳税人状况变化的信息变更情形发生时，如住所、地址、电话号码和国籍的变更等，您会立即将这些变更通知我们。

● 您在此明确放弃您所享有的任何可能妨碍我们遵守法律监管要求的权利。

● 您理解并同意，如您（或根据合同约定的保单受让人、收款人）未能向我们提供如上信息，或您（或根据合同约定的保单受让人、收款人）于任何时间撤销本客户同意书或质疑其中的任何内容，我们可对中宏保险须向您支付的款项作出预扣。

M. 外国政要声明（如回答“是”，请递交《中宏外国政要说明表》）

外国政要声明：

外国政要的定义：

家庭成员的定义：

投保人、被保险人、受益人是否为外国政要或外国政要的家庭成员或与外国政要存在密切关系？

外国现任的或者离任的履行重要公共职能的人员，如国家元首、政府首脑、高层政要、重要的政府、司法或者军事高级官员、大使、国有企业高管、政党要员。

配偶、未婚夫妻、父母(包括配偶的父母)、子女、兄弟姐妹、同父异母或同母异父兄弟姐妹。

否

N. 附注/特别声明

1. 您是否在中国大陆有固定的住所和工作？是/否；2. 您离开中国是否去原国籍以外的国家或地区常驻？是/否；如为是，请写明国家和地区：保单第2年度的欠费处理方式为减额缴清，无需续期扣费及提醒。

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

0. 被保险人与投保人声明

1) 本人已详细阅读本投保单和与投保相关的问卷、文件、体检表格中的各项内容并如实告知，同时确认上述告知的真实性是保险合同成立的重要依据。

2) 中宏人寿保险有限公司（“贵公司”）已经向本人提供了保险条款并将有关保险责任、犹豫期、合同解除，责任免除以及免赔额、免赔率、比例给付、等待期等免除或者限制贵公司责任的条款的内容向本人作了明确说明，本人确认理解其含义及法律后果。

3) 本人了解本投保单和其他投保文件构成保险合同的组成部分，并确认以上提供的资料与银行留存资料一致，当两者内容不符时，以投保单上载明的为准。同时为了保护本人的利益，本人授权银行向贵公司披露本人留存银行资料。

4) 本人已确认包括保险计划、（基本）保险金额、受益人等在内的投保信息。投保单、各种相关声明等确为本人亲自签署，并确认已将贵公司在本投保单及其他文件中要求的所有信息在这些文件中以书面形式告知贵公司，各项告知内容均以该等书面告知的内容为准。

5) 本人已知晓并同意“自动贷款垫缴保险费”条款的内容。

6) 本人已知晓在本合同效力中止后的两年内，投保人提出恢复合同效力的申请，经贵公司审核同意，在双方达成复效协议后，合同效力恢复。

7) 本人知晓并同意额外身故保险金（若适用）受益人及受益比例和受益顺序的指定均同身故保险金受益人，合同另有约定除外。

8) 本人同意并授权贵公司通过“全国公民身份证号码查询服务中心”核实本人、受益人和同住址成员的身份信息。

9) 在相关法律、法规要求或者允许的范围内，本人同意或授权贵公司将本人在贵公司投保的个人信息及保单信息提供给相关保险监督管理机构或者保险行业协会建立的保险信息平台进行合理利用。

本人同时授权任何内外科医生、医院、诊所、银行、保险公司和其他持有本人健康状况、财务状况记录的组织、机构或人士可提供有关本人的健康、财务状况等个人资料予贵公司。本人在投保单中的资料(包括今后所作的任何修订或补充)和前述健康、财务信息可供贵公司（包括其关联公司和附属公司）及贵公司的再保险公司、因业务必要而委托的服务供应商，用以提供相关服务或推荐相关产品。

此投保单的副本与正本具有同等法律效力。

P. 请投保人确认并抄录下列语句（注：下文中“保单利益的不确定性”主要指分红保险的红利金额、投资连结保险投资账户收益率及万能保险的结算利率）

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	。				

Q. 请您确认投保单中所有内容填写完整后签名

被 保 险 人 签 署

投 保 人 签 署

_____年____月____日

签 署 日 期

在 _____

签 署 地

R. 银行经办人声明和签名

本人已根据反洗钱及恐怖融资可疑交易的相关法律及规定，见证并核实了投、被保险人的有效身份证明，同时确认账户持有人为投保人或被保险人。

银 行 经 办 人 签 署 / 盖 章

上海卢湾支行

银 行 网 点

银 行 盖 章

S. 银保专管员签名

银 保 专 管 员 签 署

银行转账授权书(银行保险)

保险合同号码(仅限一份保险合同):

本授权人(或称客户),兹对中宏人寿保险有限公司(以下简称保险公司)以及以下所选银行(简称银行)授权如下:

一、总则

- 1 保险公司有权决定是否接受相关账户的授权。除下述保险费外,保险公司无权扣划授权人其他任何款项。
- 2 授权人如需终止使用授权账户,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之前向保险公司递交书面申请,要求停止转账或给付。
- 3 本授权书持续有效,直至授权账户被注销或转为非结算账户,或因授权人:(1)申请终止授权或变更原授权账号;(2)与本授权相关的保险合同效力终止,并经保险公司同意,以及银行办妥终止授权手续之后方告失效。
- 4 授权人保证本授权书的签字为授权人本人或法定代表人所签,本授权书中指定的缴费账户为本授权人个人所有,并对账户的真实有效性和正确性负责。

二、保险费扣款银行转账授权

- 1 授权人同意银行按保险公司的划款要求和指定金额在授权人设立的下列扣款账号内转账扣取各类保险费,而无需在每次扣款前征求本人意见、要求本人出示银行卡或提供交易密码。
- 2 授权人同意在签署投保单当日,将首期保险费存入账户内由保险公司安排转账扣款,转账金额以投保单上初算的首期保险费为准。保险合同成立后,授权人同意在每个保险费到期日前将足额的续期保险费存入账户内,以便银行根据保险公司的指示完成转账,转账金额、转账期限、转账频率以保险单载明的每期保险费金额、保险费缴费期以及缴费频率为准。(注:保险合同生效日为1-15日的,续期保险费首次扣款日规定为15日,保险合同生效日为16-31日的,续期保险费首次扣款日规定为28日,首次扣款日若逢节假日,则以前一个工作日为扣款日)。如因授权人账户内无足够余额或其他原因导致无法成功扣款转账的,授权人同意保险公司在前述首次扣款日之后,宽限期(保险费应缴日的次日起六十日)届满前,连续多次向银行发出扣款指示,直至银行成功完成扣款。如因账户内无足够余额或被查封冻结导致银行无法足额扣款而不予转账的,由此产生的任何责任由授权人承担。
- 3 授权人同意在授权的同一账户内同时授权自动转账缴付两份或以上保险合同的保险费或其他自动转账业务时,应根据授权银行规定的自动转账顺序进行转账。
- 4 授权人在缴费期内申请保险合同变更导致扣款金额变化,无需另填银行转账授权书,扣款金额以保险合同变更批注中注明的每期应缴保险费为准。授权人特此确认,银行以从保险公司收到的具体扣款指示中显示的金额为准,即使该金额与下表内显示的金额不同,银行也无须再次与授权人进行确认。

三、保险款项给付银行转账授权

- 1 授权人同意保险公司以转账方式转入与保险公司的保险合同约定有关的,并且符合保险公司规定的各项保险款项至授权人设立的下列给付账号内。如转账不成功,保险公司有权要求授权人提供其它有效账户。
- 2 在任何情况下,若因保险公司给付款项的金额或给付对象有误而导致账户所有人并非基于法律规定或保险合同约定收到该误付款项,则授权人同意无条件地及时返还全部误付之款项予保险公司。授权人同意保险公司不对账户的失窃或冒领负责。
- 3 授权人同意若应付款项超过一定限额,为保证资金安全,保险公司将改用其他方式发放应付款项。

四、其他

- 1 授权人如对转账事项有疑问,可以及时向保险公司客户服务部及/或者银行查询。
- 2 如因授权人提供的信息错误而导致误扣或误付,一切责任由授权人本人承担。
- 3 如因保险公司提供的信息错误而导致误扣或误付,一切责任由保险公司承担。
- 4 本授权书及转账中产生的争议和纠纷等,由保险公司与授权人之间解决。如银行在严格无误地执行保险公司发出的转账指令的前提下产生争议和纠纷等,均由保险公司与授权人之间解决,银行及收单机构不承担任何责任。
- 5 授权人同时授权:本人在本授权书中的资料(包括今后所作的任何修订或补充),可供保险公司(包括其关联公司和附属公司)及其因业务需要而委托的服务供应商,用以提供相关服务或推荐相关产品;若保险公司因业务需要而委托服务供应商提供客户服务或推荐产品的,保险公司将要求服务供应商对授权人的个人信息提供符合中国法律法规规定的保护。

设立保险费扣款账号及保险款项给付账号																													
授权人身份:投保人										账户姓名/客户编号: ZHAO SHAN SHAN LILY																			
开户银行名称/开户行/开户地: 532																													
授权人证件类型/号码: 台湾居民来往大陆通行证或其他有效旅行证件										3	3	2	2	4	4	1	9	0	8	3	8	4	2	1					
银行账户号码:										1	0	0	4	9	9	3	7	8	8	8									
保险费扣款信息																													
每期保险费转账金额: 0 元										转账期限(趸缴不用填写): 2年										转账频率: <input type="checkbox"/> 年缴 <input type="checkbox"/> 月缴 <input type="checkbox"/> 一次性缴付									

____年____月____日 在 上海卢湾支行 签署
投保人签署/转账授权人签署 签署日期/转账授权日期 签署地

保险公司客户服务热线: 95383

网址: www.manulife-sinochem.com

银行客户服务热线: 4008208988

网址: www.dbs.com.cn

For Bank use only	
1. 销售人员签署：_____	1. 客户印鉴审核结果（二选一）： <input type="checkbox"/> 通过 <input type="checkbox"/> 未通过
2. 销售人员姓名：_____	2. 营运主管签署：_____
3. 销售员工编号：_____	3. 营运主管姓名：_____
	4. 备注（如有）： _____ _____