



華夏人壽保險股份有限公司
HUA LIFE INSURANCE CO.,LTD.



华夏保险官方微信



10058678713483



1005

人身保险投保单 (银行代理保险专用)

投保人	姓名	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生日期	年 月 日	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他()		国籍:
	证件号码						证件有效期限: 至	年 月 日	<input type="checkbox"/> 长期
	职业	职业代码				固定电话	移动电话		
	联系地址	省 市 区/县				邮政编码	E-mail		
	投保人授权转账开户行(局)			账户名			账号		
被保险人	★若投保人与被保险人为同一人,本栏可不填。投保人是被保险人的: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他								
	姓名	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生日期	年 月 日	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他()		国籍:
	证件号码						证件有效期限: 至	年 月 日	<input type="checkbox"/> 长期
	职业	职业代码				固定电话	移动电话		
	联系地址	<input type="checkbox"/> 同投保人 <input type="checkbox"/> 其他 省 市 区/县				邮政编码	E-mail		
受益人	满期、生存、残疾、重大疾病、医疗保险金受益人限为被保险人本人,本公司不受理其他指定或变更。								
	身故保险金受益人 ★若未填写身故受益人或者填写的身故受益人不明,则视为没有指定身故受益人,身故保险金作为被保险人的遗产,由我公司向被保险人的继承人给付。								
	姓名:	性别:	出生日期: 年 月 日	受益比例:	证件类型:	证件号码			
	国籍:	与被保险人关系:	受益顺序:	职业:	证件有效期限: 至	年 月 日	<input type="checkbox"/> 长期		
	联系电话:			联系地址:					
保险计划	姓名:	性别:	出生日期: 年 月 日	受益比例:	证件类型:	证件号码			
	国籍:	与被保险人关系:	受益顺序:	职业:	证件有效期限: 至	年 月 日	<input type="checkbox"/> 长期		
	联系电话:			联系地址:					
	险种名称		份数	保险期间	交费年期	保险费	保险金额	保费合计	
								小写: ¥ 元 大写: (人民币)	
投保人、被保险人告知、声明及授权	交费频率: <input type="checkbox"/> 一次交清 <input type="checkbox"/> 年交 <input type="checkbox"/> 其他()					红利领取方式: <input type="checkbox"/> 现金领取 <input type="checkbox"/> 累积生息			
	满期保险金领取方式: <input type="checkbox"/> 一次性领取 <input type="checkbox"/> 年金方式领取					现金价值自动垫交保险费: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	年金领取日: 年金开始领取日被保险人年满 周岁后的首个保单周年日					一年期产品是否选择自动续保 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	1、投保人年收入 万元;家庭年收入 万元;居民类型: <input type="checkbox"/> 城镇居民 <input type="checkbox"/> 农村居民 未成年人必选项: 除本申请外,被保险人是否已拥有或目前正在申请本公司或其他公司的人身保险? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否								
	2、本投保单所填写的各项内容均属实,可作为保险公司(华夏人寿保险股份有限公司,下同)签发保险合同的依据,并作为保险合同组成部分。如有隐瞒或告知不实,保险公司有权解除本保险合同,并不承担任何责任。								
3、本投保单中所填开户银行及账号是投保人本人的开户银行及账号,投保人授权保险公司及代理机构(银行)从该账户转账支付与保险公司约定的各期保险费。									
4、保险公司所负保险责任以签发的保险合同为准,与本投保单内容及保险条款相违背的业务人员说明及解释均属无效。									
5、如实告知义务: 投保人已如实填写投保单及告知事项,无遗漏、隐瞒或告知不实,否则保险公司有权解除保险合同并不承担责任。									
6、未成年被保险人的累计身故保险金金额以中国保险监督管理委员会的有关规定为最高限额。									
7、被保险人未患有恶性肿瘤、心脑血管疾病、多发性硬化病、精神疾病、瘫痪、癫痫、呼吸衰竭、慢性肝炎、肝硬化、终末期肾病、白血病、糖尿病、帕金森氏症、阿尔兹海默氏病(老年痴呆)、智能障碍、严重的身体残疾或畸形、系统性红斑狼疮、遗传性疾病、先天性疾病或者职业病。									
8、被保险人没有探险、赛车、攀岩、潜水、滑翔等高风险运动爱好。									
9、被保险人未从事太空、核能、爆破、地质勘探、远洋作业、武打、特技、防暴警察、特种兵等工作。									
10、已收到贵公司提供的条款,已认真阅读并理解产品条款和产品说明书(若所投保种为分红、投资连结、万能保险时),了解所投保产品的投保须知、保险公司声明,尤其是保险责任、责任免除以及合同解除条款,并同意遵守。									
11、若投保的是投资连结保险、万能保险、分红保险等新型产品,请亲笔抄录: 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。									

投保人签名:

被保险人/未成年人其法定监护人签名:

以上应由本人亲自签名,否则签发的保险合同无效。

投保日期: 年 月 日

华夏保险	客户经理签名	工号	联系电话	日期
	初审员签名	日期	备注	
代理/销售机构	代理/销售机构名称	代理/销售机构代码	经办人签名	

销售人员不得收取现金和不得代领保险金。

人身保险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。

人身保险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。

第一联 保险公司留存联



華夏人壽保險股份有限公司
HUA LIFE INSURANCE CO.,LTD.



华夏保险官方微信



10058678713483



1005

人身保险投保单 (银行代理保险专用)

投保人	姓名	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生日期	年 月 日	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他()		国籍:	
	证件号码					证件有效期限: 至	年 月 日	<input type="checkbox"/> 长期		
	职业	职业代码		固定电话		移动电话				
	联系地址	省 市 区/县		邮政编码		E-mail				
	投保人授权转账开户行(局)	账户名		账号						
★若投保人与被保险人为同一人,本栏可不填。投保人是被保险人的: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他										
被保险人	姓名	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生日期	年 月 日	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他()		国籍:	
	证件号码					证件有效期限: 至	年 月 日	<input type="checkbox"/> 长期		
	职业	职业代码		固定电话		移动电话				
	联系地址	<input type="checkbox"/> 同投保人 <input type="checkbox"/> 其他 省 市 区/县		邮政编码		E-mail				
	满期、生存、残疾、重大疾病、医疗保险金受益人限为被保险人本人,本公司不受理其他指定或变更。									
受益人	身故保险金受益人 ★若未填写身故受益人或者填写的身故受益人不明确,则视为没有指定身故受益人,身故保险金作为被保险人的遗产,由我公司向被保险人的继承人给付。									
	姓名:	性别:	出生日期: 年 月 日	受益比例:	证件类型:	证件号码				
	国籍:	与被保险人关系:	受益顺序:	职业:	证件有效期限: 至	年 月 日	<input type="checkbox"/> 长期			
	联系电话:	联系地址:								
	姓名:	性别:	出生日期: 年 月 日	受益比例:	证件类型:	证件号码				
	国籍:	与被保险人关系:	受益顺序:	职业:	证件有效期限: 至	年 月 日	<input type="checkbox"/> 长期			
	联系电话:	联系地址:								
保险计划	险种名称		份数	保险期间	交费年期	保险费	保险金额	保费合计		
								小写: ¥ 元		
								大写: (人民币)		
	交费频率: <input type="checkbox"/> 一次交清 <input type="checkbox"/> 年交 <input type="checkbox"/> 其他()					红利领取方式: <input type="checkbox"/> 现金领取 <input type="checkbox"/> 累积生息				
	满期保险金领取方式: <input type="checkbox"/> 一次性领取 <input type="checkbox"/> 年金方式领取					现金价值自动垫交保险费: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
年金领取日: 年金开始领取日被保险人年满 周岁后的首个保单周年日 一年期产品是否选择自动续保 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否										
投保人、被保险人告知、声明及授权	1、投保人年收入 万元;家庭年收入 万元;居民类型: <input type="checkbox"/> 城镇居民 <input type="checkbox"/> 农村居民 未成年人必选项: 除本申请外,被保险人是否已拥有或目前正在申请本公司或其他公司的人身保险? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否									
	2、本投保单所填写的各项内容均属实,可作为保险公司(华夏人寿保险股份有限公司,下同)签发保险合同的依据,并作为保险合同组成部分。如有隐瞒或告知不实,保险公司有权解除本保险合同,并不承担任何责任。									
	3、本投保单中所填开户银行及账号是投保人本人的开户银行及账号,投保人授权保险公司及代理机构(银行)从该账户转账支付与保险公司约定的各期保险费。									
	4、保险公司所负保险责任以签发的保险合同为准,与本投保单内容及保险条款相违背的业务人员说明及解释均属无效。									
	5、如实告知义务: 投保人已如实填写投保单及告知事项,无遗漏、隐瞒或告知不实,否则保险公司有权解除保险合同并不承担责任。									
	6、未成年被保险人的累计身故保险金金额以中国保险监督管理委员会的有关规定为最高限额。									
	7、被保险人未患有恶性肿瘤、心脑血管疾病、多发性硬化病、精神疾病、瘫痪、癫痫、呼吸衰竭、慢性肝炎、肝硬化、终末期肾病、白血病、糖尿病、帕金森氏症、阿尔兹海默氏病(老年痴呆)、智能障碍、严重的身体残疾或畸形、系统性红斑狼疮、遗传性疾病、先天性疾病或者职业病。									
	8、被保险人没有探险、赛车、攀岩、潜水、滑翔等高风险运动爱好。									
	9、被保险人未从事太空、核能、爆破、地质勘探、远洋作业、武打、特技、防暴警察、特种兵等工作。									
	10、已收到贵公司提供的条款,已认真阅读并理解产品条款和产品说明书(若所投保险种为分红、投资连结、万能保险时),了解所投保产品的投保须知、保险公司声明,尤其是保险责任、责任免除以及合同解除条款,并同意遵守。									
11、若投保的是投资连结保险、万能保险、分红保险等新型产品,请亲笔抄录: 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。										

投保人签名:

被保险人/未成年人其法定监护人签名:

以上应由本人亲自签名,否则签发的保险合同无效。

投保日期: 年 月 日

华夏保险	客户经理签名	工号	联系电话	日期
	初审员签名	日期	备注	
代理/销售机构	代理/销售机构名称	代理/销售机构代码	经办人签名	

销售人员不得收取现金和不得代领保险金。

人身保险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。

人身保险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。

第二联 客户留存联



华夏保险官方微信



10058678713483



1005

人身保险投保单 (银行代理保险专用)

投保人	姓名	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他()	国籍:
	证件号码					证件有效期限: 至	年 月 日	<input type="checkbox"/> 长期
	职业		职业代码			固定电话		移动电话
	联系地址	省 市 区/县				邮政编码		E-mail
	投保人授权转账开户行(局)		账户名			账号		
被保险人	★若投保人与被保险人为同一人,本栏可不填。投保人是被保险人的: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他							
	姓名	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日	证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他()	国籍:
	证件号码					证件有效期限: 至	年 月 日	<input type="checkbox"/> 长期
	职业		职业代码			固定电话		移动电话
	联系地址	<input type="checkbox"/> 同投保人 <input type="checkbox"/> 其他 省 市 区/县				邮政编码		E-mail
受益人	满期、生存、残疾、重大疾病、医疗保险金受益人限为被保险人本人,本公司不受理其他指定或变更。							
	身故保险金受益人 ★若未填写身故受益人或者填写的身故受益人不明确,则视为没有指定身故受益人,身故保险金作为被保险人的遗产,由我公司向被保险人的继承人给付。							
	姓名:	性别:	出生日期: 年 月 日	受益比例:	证件类型:	证件号码		
	国籍:	与被保险人关系:	受益顺序:	职业:	证件有效期限: 至	年 月 日	<input type="checkbox"/> 长期	
	联系电话:		联系地址:					
保险计划	姓名:	性别:	出生日期: 年 月 日	受益比例:	证件类型:	证件号码		
	国籍:	与被保险人关系:	受益顺序:	职业:	证件有效期限: 至	年 月 日	<input type="checkbox"/> 长期	
	联系电话:		联系地址:					
	险种名称 份数 保险期间 交费年期 保险费 保险金额 保费合计							
	交费频率: <input type="checkbox"/> 一次交清 <input type="checkbox"/> 年交 <input type="checkbox"/> 其他() 红利领取方式: <input type="checkbox"/> 现金领取 <input type="checkbox"/> 累积生息							
投保人、被保险人告知、声明及授权	满期保险金领取方式: <input type="checkbox"/> 一次性领取 <input type="checkbox"/> 年金方式领取 现金价值自动垫交保险费: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
	年金领取日: 年金开始领取日被保险人年满 周岁后的首个保单周年日 一年期产品是否选择自动续保 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
	1、投保人年收入 万元;家庭年收入 万元;居民类型: <input type="checkbox"/> 城镇居民 <input type="checkbox"/> 农村居民							
	2、本投保单所填写的各项内容均属实,可作为保险公司(华夏人寿保险股份有限公司,下同)签发保险合同的依据,并作为保险合同组成部分。如有隐瞒或告知不实,保险公司有权解除本保险合同,并不承担任何责任。							
	3、本投保单中所填开户银行及账号是投保人本人的开户银行及账号,投保人授权保险公司及代理机构(银行)从该账户转账支付与保险合同约定的各期保险费。							
4、保险公司所负保险责任以签发的保险合同为准,与本投保单内容及保险条款相违背的业务人员说明及解释均属无效。								
5、如实告知义务:投保人已如实填写投保单及告知事项,无遗漏、隐瞒或告知不实,否则保险公司有权解除保险合同并不承担责任。								
6、未成年被保险人的累计身故保险金金额以中国保险监督管理委员会的有关规定为最高限额。								
7、被保险人未患有恶性肿瘤、心脑血管疾病、多发性硬化病、精神疾病、瘫痪、癫痫、呼吸衰竭、慢性肝炎、肝硬化、终末期肾病、白血病、糖尿病、帕金森氏症、阿尔兹海默氏病(老年痴呆)、智能障碍、严重的身体残疾或畸形、系统性红斑狼疮、遗传性疾病、先天性疾病或者职业病。								
8、被保险人没有探险、赛车、攀岩、潜水、滑翔等高风险运动爱好。								
9、被保险人未从事太空、核能、爆破、地质勘探、远洋作业、武打、特技、防暴警察、特种兵等工作。								
10、已收到贵公司提供的条款,已认真阅读并理解产品条款和产品说明书(若所投保险种为分红、投资连结、万能保险时),了解所投保产品的投保须知、保险公司声明,尤其是保险责任、责任免除以及合同解除条款,并同意遵守。								
11、若投保的是投资连结保险、万能保险、分红保险等新型产品,请亲笔抄录: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。								

投保人签名:

被保险人/未成年人其法定监护人签名:

以上应由本人亲自签名,否则签发的保险合同无效。

投保日期: 年 月 日

华夏保险	客户经理签名	工号	联系电话	日期
	初审员签名	日期	备注	
代理/销售机构	代理/销售机构名称	代理/销售机构代码	经办人签名	

销售人员不得收取现金和不得代领保险金。

人身保险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。

人身保险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。

第三联 银行留存联