







人身保险投保单(银行代理保险专用)

	姓名		性	别□	男 口女	出生日	期	年	月	日	证件类型	덴 []身份	证	□其作	也()	国籍	:
投	证件号码										证件有效	文期 限	!: 至			年	,	月	日	□长期
保	职业			职业作	弋码		•				固定电话	5				移动	电话			
人	联系地址	省	市_		☑ 县						邮政编码					E-mail				
	投保人授权	又转账开户?		账户名					账号											
	★若投保』	人与被保险。	人为同一	人,本村	兰可不填	。 投货	.人系	是被保险	人的	:	□ 本人	口酉	2偶		父母	口子	女	口其	他	
被	姓名		性	别口	男 口女	出生日	期	年	月	日	证件类型	덴 []身份	证 [□其作	也()	国籍	:
保险	证件号码										证件有效	文期限	対期限:至 年 月						日	□长期
人	职业			职业作	代码						固定电话	电话 移动电话								
	联系地址	□同投保人	、□其他	{	省市		¥				邮政编码	3				E-1	nail			
	满期、生存																			
		受益人 ★ 老 被保险人的			益人或者	填写的	身故	受益人不	明确	,则	视为没有	指定:	身故多	受益)	人,身	r故保险	金金作	为被仍	保险人的)遗产,
受益	<u> </u>		出生日期		. 月 日	受益比例: 证件类型:					证件号码									
益人	国籍: 与被保险人关系:					受益顺	序:	职	业:			女期阝	艮: 至		年	月	目	□长期		
		联系电话:		联系地址:																
	姓名:		出生日期		月日			证件				_	牛号码		H Z		 			
		国籍: 联系电话:	与被保险	八大系	:	受益顺	庁 :	职 联系:	业:			111111	十月分	义别的	艮: 至	1	年	月	日	□长期
			 :种名称			份 数		保险期		☆	费年期	保	险费		保险	全新		1	保费合	ì÷
-	12211 1117				17 30		DICT-19	11.2	 ^	.94 1 /91		III 94	+	DIST	3Z 1/X	小写		мяп	元	
保																大写	j : (,	人民币)	
险																				
计划											[利领取方	式:	□现	金领	取		累积生	主息		
۲۰,۱	满期保险金	会领取方式:		次性领	[取 [现金价值自动垫交保险费: □ 是 □ 否									
	年金领取日	1:年金开好		周	岁后的首	后的首个保单周年日 一年期产品是否选择自动续保 □是 □否									î					
	1、投保人年收入 万元; 家庭年收入 万元; 居民类型: □城镇居民 □农村居民																			
投	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?□是□□否																			
投保	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																			
人、																				
被保	险人司·约宁·约 复 期 仅 险 弗																			
险	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。																			
人生		知义务:投													公司有	す权解!	除保险	金合同	并不承	:担责任。
告知	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、司收到是公司提供的条款,司认真阅读并理解会只条款和亲品说明书(茅底投保险种为公红、投资连续,互能保险时)。了解版投																			
声	7、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。																			
明		的是投资连															说明-	书和投	保提示	:书,
及授权	了解本	产品的特点	和保单利	益的	不确定性	Ė.														
权																				

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

化百四%	客户经理签名	工号	联系电话	日期	
华夏保险	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。 投保单背面的健康告知书为必填内容,请您填写并签字确认。 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。









人身保险投保单(银行代理保险专用)

	姓名			性别	口男	□女	出生日	∃期	左	下 月	日	证件类	型 [□身份	·证 🗆 🗦	其他(,)	国籍:	:
投	证件号码											证件有刻	效期	艰: 至		1	年	月		日	□长期
保	职业			职	业代码	冯						固定电记	舌			利	多动电	目话			
人	联系地址	省		市	<u> </u>	县						邮政编码	玛				E-m	ail			
	投保人授权	转账开户?	亍 (局	i)			账户4	名				账号									
	★若投保人	可不填	。 投	保人:	是被保	险人的	内:					口子:	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·								
被	姓名			性别	口男	□女	出生日	∃期	上	F 月	日	证件类			·证 口;)	国籍:	:
保险	证件号码											证件有刻		限: 至			年	月		H	□长期
人	职业				业代码	·						固定电记				■	多动电	3话			
	联系地址				省_	市_						邮政编码					E-m	ail			
	满期、生存																<u>. /⊓ ⊬</u> A	У //- У	- } 	7A 1 A4	. \rightarrow → →
_	身故保险金油我公司向					人以石	冯与 的	月似	文	.个明何	用,贝	恍 万 没 作	指疋	タ 似 5	Z 盆人,	才的	(保险	金作人		亚人 比	
受益	姓名:		出生			月日	受益比	ú例:	证	件类型	l:			件号码							
丘 人			与被任	呆险人	关系:		受益师	亭:	职				证	件有效	対期限:	至		年	月	日	□长期
	姓名:	联系电话: 性别:	出生日	□ #H	左	H D	受益比	<i>√15</i> 11.	-	系地址 件类型	-		37.	件号码	7						
	灶石.	国籍:		→ 対: 呆险人=		<u> </u>	受益师		职						₹ . <u>.</u> 女期限:	<u> </u>		年	上上 月	H	 □长期
		联系电话:	\$ 1000	111===> 4>			> C			系地址	_		1,333	11 14 //	***************************************						
		险	种名	称			份数	女	保险	期间	交	费年期	侈	保险费	保	险金	:额		保	费合证	+
																		小写:			元
保险																		大写:	(人	民币)
计											-										
划	交费频率:)	A7* T5-			[利领取]									
	满期保险金			一次忙			二年金			*		N金价值				사 구조 i	口 <u>力</u>				
	年金领取日		日钡取					_										买 [禾	□定	□省	
	1、投保人公	丰収入 人必选项:	公未			庭年代		畑七				类型:□: 太公司武						L 口汞	ς.		
投保人																				作为	保险合同
人	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。																				
、被保险	险公司 4、保险公司	约定的各期 3.65.47.05			6年7月1		斗 、冰岸	⊢÷	- +/1. /口 2	白山家	77.7日	公夕 歩 扣	() 士 月片	さんれましょろ	7 1 月3	4 pp 7	7. 477 亚	2.1台屋.	エゕ		
险																				作不承	扣责任.
人告知		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。																			
知		7、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																			
声		的投保须知															÷ 🗆 😘	4 no 4>	7-1-1 -1./1	3 TH —	د لـ
明 及	8、若投保的	^的 是投資连 [•] 品的特点						辽 寺形	「望广百		末毛	抄来: 4	人口	J/別) [1]	未险余别	災、 广	一品り	797世	和技制	₹提示	↔,
明及授权	J //↑/ L	нннэлу Ж	-11H I/N-	חודה וי ––	.нутт	νσ∧ <u>⊏</u> ⊥	. 0														
化																					
															· ·						

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

ル 百 /U //	客户经理签名	工号	联系电话	E	日期
华夏保险	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	全办人签名

销售人员不得收取现金和不得代领保险金。 投保单背面的健康告知书为必填内容,请您填写并签字确认。 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。









人身保险投保单(银行代理保险专用)

	姓名		性	別口男口女	出生日期	年	月日	证件类型	텔]身份		其他()	国籍:	:
投	证件号码							证件有效	 汝期限	!: 至		年	<u></u> F	—— 月		日	□长期
保	职业			职业代码				固定电话	f			毛	多动电话	f			
人	联系地址	省	市	図 县				邮政编码	马				E-mail				
	投保人授权	【转账开户?	亍(局)		账户名			账号									
	★若投保人	(与被保险)	人为同一	人,本栏可不均	。 投保人	是被保险。	人的:	□ 本人	口面	2偶	口父也	卦	口子女		其他		
被	姓名		性	別 口男 口女	出生日期	年	月日	证件类型	텐]身份	证 口具	其他() 国籍:			
保险	证件号码							证件有效	文期限	!: 至			Ē	月		H	□长期
人	职业			职业代码				固定电话				毛	多动电话	5			
	联系地址			省市				邮政编码					E-mail				
				医疗保险金									. A . Atl □1.	l⊬ xL	. 	7A 1 44	· \# → -
	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。																
受 益	姓名:	1	出生日期:		受益比例:	证件类	€型:		证件	牛号码	,						
一人			与被保险。	人关系:	受益顺序:		业:		证件	牛有效	期限:	至	<u>1</u>	F.	月	日	□长期
	 姓名:	联系电话: 性别:	出生日期:	 : 年月日		联系地 证件类			;正 <i>朴</i>	牛号码	.						
	灶口,	国籍:	与被保险		受益顺序:		业:				/ :期限:	 至	<u> </u>	LL F	月	H	┴─┴─── □长期
		联系电话:			12 2 77 1	联系均											
		验	种名称		份数	保险期	间 交	费年期	保	险费	保	险金	额		保	费合证	
,_														写:			元
保险													大	写:	(人	民币)
计	→ ++ ,LT →		t					T.I. AT TI \	. D		A AT TI-				4		
划	交费频率:□一次交清 □年交 □其他() 红利领取方式:□现金领取 □累积生息																
	满期保险金领取方式: □一次性领取 □ 年金方式领取 □ 现金价值自动垫交保险费: □ 是 □ 百 □ 百 □ 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 □ 是 □ □ 百																
	1、投保人名			5元:家庭年									1401551	1			
													□是□	□否	;		
投保	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?□是□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														保险合同		
关	. 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。																
被被	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 除公司约束的条期保险费																
被保险	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。																
人	4、保险公司所页保险页任以金及的保险告问为在,与华技保单内各及保险泵款相边自的业务人页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。																
告知	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、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																
`													E结、万	就们	呆险印	寸),	了解所投
声明				司声明,尤其 万能保险、タ									≃品说即	非	和投售	呆提示	书.
及				益的不确定性		9/1 <u>—</u> 7	1,17,11 6	32 1766 - 1	, ,	, 3, 7, 1, 1	·1 <u></u> / / / / / / / / / / / / / / / / / /	,,,,	HH 70 7			1.32.3	10,
及授权																	
									<u></u>								

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

化百加炒	客户经理签名	工号		联系电话	日期	
华夏保险	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。 投保单背面的健康告知书为必填内容,请您填写并签字确认。 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。