|  |  |
| --- | --- |
| **投保须知** | 1.为使贵单位充分了解投保内容并维护贵单位的权益，投保前请向本公司业务代表索要保险条款，并要求业务代表详细解释  保险条款，特别是保险责任、责任免除等重要内容。**请在业务代表已解释保险条款，贵单位已仔细阅读本保险相关内容和条**  **款，确认已充分理解保险责任、责任免除、如实告知、合同解除等重要事项后做出投保决定。**  2.投保单是本公司签发保险单的依据，将成为保险合同的重要组成部分，对于本公司提出的各项询问，投保人、被保险人须  如实告知，本公司承诺对投保单及告知内容保密。  3.若贵单位已填写投保单并签章，将视为投保人已充分理解保险条款并同意遵守。填写完毕后，须加盖投保人公章并由投保  单位法定代表人或授权经办人签名（章）确认。授权经办人的所有行为将全权代表投保人的意愿。 |

**意健险投保单（团体）**

**第一部分 投保人信息**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 投保单位名称 |  | | | 法定代表人 |  | 组织机构代码 |  |
| 投保单位地址 |  | | | | | 邮政编码 |  |
| 所属行业类别 |  | 经办人 |  | 联系电话 |  | | |

**第二部分 被保险人信息**

|  |
| --- |
| 被保险人人数共 3 人 |

**第三部分 保险金受益人信息**

|  |
| --- |
| 1．除另有约定外，非身故保险金的受益人为被保险人本人。  2．身故保险金受益人由投保人或被保险人指定，未指定受益人的，身故保险金受益人按继续法相关规定办理 |

**第四部分 投保情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 团体人数 |  | 投保人数 | 人（具体人员详见所附清单） | | | | 投保 | %；若投保比例低于75%，请说明原因： |
| 投保人员职业类别分布 | 一类 | 二类 | 三类 | 四类 | 五类 | 五类以上 | 比例 |
| 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |  |
| 投保险种及保险金额 |  | 险种名称 | | | | 保险金额/人 | | 人数 |
| 主险 | 团体意外伤害身故、残疾 | | | | 8万元//人 | | 3 |
| 其中附加个人意外伤害医疗保险 | | | | 0.8万元//人 | | 3 |
| 附加险 | 室内财产 | | | | 10万元 | |  |
| 室内装潢 | | | | 10万元 | |  |
| 第三者责任保障 | 累计限额 | | | | 20万元 | |  |
| 每次限额 | | | | 10万元 | |  |
| 每人限额 | | | | 5万元 | |  |
| 保险费 | 合计人民币（大写陆佰元整 （￥ 600元） | | | | | | | |
| 保险期间 | 自 年 月 日零时起至 年 月 日二十四时止。 | | | | | | | |
| 缴费方式 | □一次性缴费 □其他（请详细说明： ） | | | | | | | |
| 支付方式 | □现金 □转帐（户名： 帐号： 开户行： ）□其他 | | | | | | | |
| 争议解决方式 | 诉讼 | | | | | | | |

**第五部分 特别约定**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **1、本保险的保障对象为在武煤百江燃气有限公司或其旗下项目公司登记注册的商业用户燃气使用地址内发生的意外事故、财产损失及使用燃气引发的第三者责任。2、本保险的保障区域为保单载明的燃气用户地址所对应的区域，本保险的室内财产保险标的地址为保单载明的燃气用户地址。3、本保险的意外伤害保障范围为保单载明的被保险人法定代表人、合伙人或在出险时的合法雇员。4、本保险每户每人每份的“意外伤害身故、残疾”的保险金额以保单载明的赔偿金额为准，每份保险每户累计赔付3人为限。5、本保险的附加燃气用户室内财产及第三者责任保险的保险责任及各项责任的保险金额以保单载明的保险责任及保险金额为准。6、对符合本保险单条款约定的意外伤害医疗费用每次事故扣除100元免赔后按80%比例赔付。附加营业场所财产、第三者责任保险物质损失部分免赔200元或损失金额的10%，二者以高者为准。7、若用户地址变更必须通知保险公司并办理书面变更手续，在变更手续完成前发生的事故保险人不承担保险责任。** | |

**第六部分 建筑工程类保险信息**

|  |  |
| --- | --- |
| 工程项目名称： 工程类型： | |
| 工程地址： 工程造价： 万元 | |
| 施工期间：自 年 月 日零时起至 年 月 日二十四时止。 工程面积： 平方米 | |
| 施工企业资质： □特级 □一级 □二级 □三级 □不分级 | 计费方式： □按工程造价 □按工程面积 □按保险人数 |

**第七部分 投保告知书**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 根据相关的法律法规和保险条款的规定，保险人有权对被保险人的相关情况提出书面询问，投保人、被保险人应当如实告知。请投保人认真如实填写以下问题：  1、投保单位是否已在本公司投保其他人身保险？若“是”，请在下表中详细说明： □是 □否 | | |
| 1、投保单位是否已在本公司投保其他人身保险？若“是”，请在下表中详细说明： □是 □否 | | |
| 险种名称 | 保险单号码 | 保险单生效日期 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 2、近三年是否向保险公司索赔过？ □是 □否  若“是”请在备注栏列明或另文告知索赔险种、索赔时间、索赔原因及索赔人数： | | |
| 3、近三年是否发生过死亡或伤残情况？若“是”请告知人数： □是 （有 人） □否  疾病死亡 人；疾病伤残 人；意外死亡 人；意外伤残 人 | | |
| 4、参加投保的被保险人是否患有下列疾病： □是 （有 人） □否  a、恶性肿瘤；b、心脏病（心功能不全II级以上）；c、心肌梗塞；  d、高血压（II级以上）；e、白血病；f、肝硬化；  g、慢性梗塞性支气管疾病；h、脑血管疾病；I、慢性肾脏疾病；  j、糖尿病；k、再生障碍性贫血；l、先天性疾病（见条款中释义部分）；  M、精神病或精神分裂；n、癫痫病；O、其他未列明的疾病；  若“是”，请在备注栏注明详细情况。 | | |
| 5、是否有残障、正在长期病假、长期接受治疗或住院治疗的人员参加本次投保 □是 （有 人） □否  若“是”，请在备注栏目列明人数、人员名单及相关需要称述的信息： | | |
| 备注： | | |

**第八部分 投保人声明**

|  |
| --- |
| **1、本投保人自愿向你公司购买本保险，你公司已将涉及本保险的所有保险条款提供给本投保人，并就条款内容包括保险责任、责任免除、投保人（被保险人）义务等部分向本投保人做了明确说明，本投保人已完全理解并认可，且已告知被保险人。**  **2、上述所填告知事项及所有本投保人提供的投保材料均属实，且均经被保险人或其法定监护人同意。如有虚假不实或隐瞒，你公司有权按照《保险法》的规定解除合同并确定是否承担保险责任。**  **3、本投保人完全同意仅本投保人书面申请并由你公司经正式程序承保、修改或批注的内容有效。**  投保单位法定代表人或授权经办人签字： 投保人签章： 日期： 年 月 日 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 此栏由保险公司填写 | 业务来源 | □直接销售 业务代表： 归属机构：  □经纪人 □专业代理人 □兼业代理人 □个人代理人  经纪（代理人）名称： | 核保意见 | 核保： 日期： 年 月 日 |
| 接单： 日期： 年 月 日 | |
| 录单： 日期： 年 月 日 | | 保单号：  出 单： 日期： 年 月 日 | |
| 复核： 日期： 年 月 日 | |

总公司地址:北京市东城区东中街29号东环广场B座3层 客户服务热线:4008 667788 邮政编码:100027 网址:www.cindapcic.com