1132121100006565

销售机构代码: 120106

销售渠道:个人代理

销售人员姓名: 笋凤琴



销售人员代码: 00000621



电子投保单 (个人长险)

客户资料																		
	姓 名	一二三四五六	七八九十一二三	四五世	八州	- 1	Į _] 女	l	出生	日期			1980	年	01 月	01	日
	国 籍	₩中国□	其它	证1	件类型	V 身	∤份证	护照			其它.						/	
	证件号码	1 1 0 1	9 1 1 9 8	0 0	1 0 1	0 0 7	/ X 证(牛有效其	別限	至			年		———— 月	日/	\mathbf{N}	←期
	婚姻状况	□ 未婚 🔽	已婚 其它			工作单位	位 12	3123										
	职 业	公务员、职员(内勤)	兼	职	无		耳	只业1	代码	0	0 0	1 0	1	职业	类别	1	级
	(本合同所有往来文件送达,均以通讯地址为准,为确保您的权益,请准确填写本栏。)																	
投 保	通讯地址	北京市平谷	区12312312	23													『政编 0 0	码 0 0
人	移动电话 1 3 5 1 1 2 3 4 5 6 7 8 电子邮件																	
	 家庭电话		-	-			办公	电话		T	-	-			П	分	机	
	如果您没有特殊需求,我公司将以本次联系资料更新以前投保的联系资料,并据此为您提供合同相关信息服务。 同意 不同意																	
	客户号																	
			到投保人,确保 户利益或责任产		á, 请您排	是供紧急	联系人相	关信息,	并确	保该	信息	真实准	确。	紧急联	系人1	信息仅供	本公司	及时联
		m/ == 1	姓名	7] 			移	动电话							与扫	设保人关	系	
		联系人 2	#== /# = = <	N []	7+	+ /	-	/ +!- N_ 4	л./п	u -	I n-l	⊒A.	<u> </u>	· >を水/ /				
	是投保人的 □ 本人 ☑ 配偶 □ 父母 □ 子女 □ 其他 (若为投保人本人时,可免填以下资料)																	
			其它		件类型						 其它	.L						
	证件号码	- 	0 1 1 9 8					::":: 牛有效其		至			年		:::: 月	日/	$\sqrt{1}$	 ←期
	婚姻状况	未婚人	己婚			工作单		3123		-1							. L V	
被保	职 业	公务员、职员(· 内勤)	兼	职	· 无		耳	 只业1	 代码	0	0 0	1 0	1	职业:	类别	1	级
险	(本合同所有往来文件送达,均以通讯地址为准,为确保您的权益,请准确填写本栏。)																	
人	邮政编码 通讯地址 北京市密云县123123123																	
																1 0	0 0	0 0
	移动电话	1 3 6	1 2 3 4	5 6	,			邮件			T1			·	<u>-</u>		·	
	家庭电话				分析			电话]]_	分	·	
	如果您没有特殊需求,我公司将以本次联系资料更新以前投保的联系资料,并据此为您提供合同相关信息服务。 同意 🚺 不同意																	
4 14	客户号		= / / = / // =	- A 31 31 46	2004		- V 1 47				= V /	n 200	477.15		\ + -	- 4- >> >/	12101	
			受益人受益份额															
填写。③除身故保险金以外的其他保险金受益人以条款约定为准,如需另外指定的,请在备注栏中按相同要素填写。④未填写身故保险金受益人信息 的,我公司将依据《中华人民共和国保险法》第42条规定履行给付保险金的义务。																		
受益 顺序	姓名	性别	出生日 (年/月/日		是被保 险人的	受		牛名称						证件	号码	ı		
1	一二三四3	5六七 女 九十一	二三四15980%0	1 / 0#—‡	金	1009	% 身份		1	1 0	1	0 1	1 9	8 0	0	1 0 1	0 1	2 5
						*	%							ļ	ļļ.			
							%					i	<u> </u>	 	<u> </u>		ļ	ļļ
							%					i		ļļ	ļļ.		ļļ	ļ
						, ,	%								1 1	 	:	

			要约内	容						
	险种名称	国寿福禄双喜两全货	R险(分红型)							
(-)	保险金额	3001300.00元	标准保险费	1000000.00元	额外/追加	P保险费				
	交费期间	10 年/至 岁	保险期间	□终身☑定期(年/	月/ 日/	∕ 至 75	岁)		
	险种名称									
(二)			 标准保险费		额外/追加	中保险费				
	交费期间	年/至 岁	保险期间	□终身□定期(年/	 月/ 日/	/ 至	岁)		
	险种名称			à						
(三)	 保险金额		 标准保险费		额外/追加保险费					
		年/至 岁	 保险期间	□终身□定期(i 年/		······ ⁄ 至	岁)		
				-						
(四)	 保险金额		 标准保险费		额外/追加	 1保险费				
	 交费期间	年/至 岁	 保险期间	□终身□定期(年/		······ ⁄ 至	岁)		
		 								
(五)	 保险金额		 标准保险费		额外/追加	 1保险费:				
		年/至 岁	 保险期间	□终身□定期(年/	月/ 日/	·/ / 至	 岁)		
				i						
(六)			 标准保险费		额外/追加	 I保险费:				
		年/至 岁	保险期间	□终身□定期(年/		······ ⁄ 至	岁)		
保险割		· 壹佰万元整			(00.000			
	····································									
112.4.1.:		又页万式: 🗆	次文/f/ 定文 LD	+2 0++2 0+.	X 11/1X		⊔ * └			
等非现的 的请前	您的权益,建议您通过银行转金形式交纳保费,确需现金交往我公司营业网点办理。具体 询销售人员或垂询我公司客户 95519。	_{E费}		□支(汇)票 □POS机 □5 □支(汇)票 □POS机 □5		·	实时代扣			
年金领	页取年龄:□45周岁	□50周岁 □55周	周岁 □60周岁	□65周岁 □70) 周岁 []其它				
 首期领	 页取金额 :	元 (若投保险 ⁾	 种无年金给付利益的免	 5填本栏。误填者不享有相:	 关利益。)					
	 5式:□趸领 □年领			 ≅为	·····································					
			☑到期领取 □累积5	 Ł息						
□其他	<u> </u>	领款方式	□作为保险费自动转	入投保人指定			万	能账户		
目前初	皮保险人是否享有社会[医疗保险或公费医疗保障	章 √是 □否							
合同名	争议处理方式 ☑诉讼	□仲裁(若选择仲裁, i	请在此处明确填写全	· ≥称:			.)			
		仲裁委员会的名称,或填写								
	红利领取	方式			 呆险填写					
有相关	分红保险时填写,非分红份 利益;若投保人在投保时 按累积生息方式处理)	R险免填本栏,误填者不享 没有选定红利处理方式,	(投保投资连结	保险时填写,非投资连结份		误填者不享有	相关利益。	。)		
	积生息		投资账户 名称/代码	期交保 投资b						
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□					%			%		
	交保费 E红利实际派发日作为	促贮弗白勃 <i>蚌</i> λ 坎伊			%			%		
│ □ ^在 │ 人指:		体应负自动转八技体 			%			%		
1 , 114					%			%		
注: :	如选择抵交保费方式,	而抵交时的红利不足			%			%		
以抵	交合同主险及附加险	当时应交保险费合计			%			%		
时,	投保人应补足差额,以	保证合同有效。	注:请您在选择账户和确定分配比例前仔细阅读产品说明书中的投资账户说明。							

转账授权 (选择银行转账或医保卡代扣方式交纳各期保险费或者选择银行转账方式	领取条款约定的各类生存金的。请填写本栏。)
(一) 保险费交费账户授权:	
交费账户(医保卡)医保卡号: 账户户	
交费账户 开户银行: 中国建设银行	·····································
(银行卡) 银行账号 6 2 2 2 8 0 1 1 1 1 1 1 1 1 2 3 4 5	
	
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	
☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆	
	マカンル404二
 	国建设银行
账 号 6 2 2 2 8 0 1 1 1 1 1 1 1 1 2 3 4 5	·····································
(三)红利、利差款项领取账户授权: 	
│	
账户所有人身份:□没保人□被保险人	
账户形式 □ 付借记卡 □ 活期存折 □ 其它	国建设银行
账 号 6 2 2 2 8 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 2 3 4 5	账户所有人姓名 一二三四五六七八九十一二三四五六
告知事项	同时填写"投保人"项下告知事项。)
(若投保险种保险条款中列明有"免交未到期保险费责任"的,须 1. 身高体重 被保险人身高 180 厘米 体重 70 公斤 投保人身高	180 厘米 体重 70 公斤
2.平均年收入 (填写过去三年大约的平均年收入值)	100 27 112 10 27
2. 平均平収入	原 填写说明
被保险人 3 999999 1	职务可选择: ①一般职员 ②部门经理 ③总经理 ④一般干部
	⑤科级 ⑥处级 ⑦厅局级及以上 ⑧其它 主要收入来源可复选:①工薪 ②个体 ③私营 ④房屋出租 ⑤证
投保人 4 888888 1	券投资 ⑥银行利息 ⑦农副业 ⑧其它
3. 吸烟习惯 被保险人已吸烟 0 年,平均每天 0 支,戒烟 0 年。投保人已	B吸烟 0 年,平均每天 0 支,戒烟 0 年。
4.生活习惯:	被保险人 投保人
A. 饮酒习惯: 是否平均每天饮白酒等烈性酒50克(毫升)以上	4A□是□(答□□是□(答□□□是□(答□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
B.是否参加潜水、拳击、攀岩、飞行、赛车、漂流等危险运动或有此类嗜好	48□是□(各□□□□□(各□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
C.是否服食任何成瘾药物或吸毒 	4C □是 □(答) □是 □(答) 4D □是 □(答) □是 □(答)
- 5. 身体残 障:	40 □ 是 □ 【
A.是否曾患听力、视力、语言、咀嚼障碍、智力障碍	5A□是 □/答 □是 □/答
B.是否曾患有脊柱、胸廓畸形,四肢、手、足、指残缺	58□是□(塔 □是 □(塔
│ 6.症状体征 :是否曾患有、或被告知有下列症状,或因下列症状接受治疗: │ 慢性咳嗽、咯血、胸闷、心慌、气短、浮肿、声嘶哑、吞咽困难、呕血、黑侧	更 腹痛 黄疸 贫血 肿块 血
尿、蛋白尿、皮肤淤斑、不明原因皮下出血点、渐进性消瘦、持续性头痛、晕,	
近视 近视 7.病史询问:是否曾患有或接受治疗过下列疾病:	
A.高血压、先天性心脏病、风湿性心脏病、心内膜炎、冠心病、心肌梗塞、心律失常、心	
B. 帕金森氏病、癫痫、脑部疾病、脊髓疾病、精神病	7B □是 □/否 □是 □/否
C.哮喘、肺结核、肺气肿、支气管扩张、尘肺、矽肺、肺原性心脏病	7℃□是 \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\
D.消化性溃疡、萎缩性胃炎、胰腺炎、肝硬化、肝炎、肝炎病毒感染、胆道感染或胆石症 E.尿路结石或畸形、肾炎、肾病、肾功能不全、多囊肾、肾盂积水、前列腺疾病	
「· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	75□是 □(答) □是 □(答) □ □ □(例答) □ □ □(例答) □ □ □(例答) □ □ □(例答) □ □(则答) □ □(则否) □ □(□(□(□(□(□(□(□(□(□(□(□(□(□(□(□(□(□(
G.糖尿病、痛风、垂体机能亢进或减退、甲状腺机能亢进或减退、肾上腺机能亢进或减退	76□是 [[洛] □是 [[洛]
H. 系统性红斑狼疮、风湿或类风湿病、胶原性疾病及结缔组织疾病、椎间盘突出、疝、皂	
1. 贫血、血小板减少性紫癜、过敏性紫癜、血友病、白血病,被建议不宜献血	71 □是 □答 □是 □答
J.白内障、视网膜疾病、角膜疾病、青光眼、中耳炎及其它眼、耳、鼻、喉或口腔疾病 K.先天性疾病、遗传性疾病、地方病、职业病、药物过敏史	77 □是 □答 □是 □答
L.是否还有以上未列明的疾病	7K□是 □(答) □是 □(答) 7L□是 □(答) □是 □(》
8.诊疗、检查经历:	I CAH CAH
A. 过去3个月内是否接受过医生的诊断、检查和治疗	84□是 □焙 □是 □焙
B.过去1年内的健康体检是否有异常	88□是 □左 □是 □左

	□是 1√2	□是 □2						
D.过去5年内除健康普查外有否做过下列检查:X光(透视、摄片)、心电图、B超、CT或核磁共振、脑电图、血液化验、胃	□是 □2	□是□答						
┃ 镜、肠镜等内窥镜检查、病理洁检、眼底检查								
9.你及你的配偶是否曾接受或试图接受与艾滋病有关的诊察或治疗?在过去6个月内是否曾持续超过一周以上有下列症状:体 重下降、食欲不振、盗汗、腹泻、淋巴结肿大及皮肤溃疡	□是 □杏	□是 □答						
10.父母兄弟姐妹中是否有人曾患有遗传性疾病、结核病、肝炎、肝硬化、癌症、糖尿病、肾病、心脏病、中风、高血压、动 10[□是 [2]答	□是 [☑答						
脉硬化、精神病或曾是乙肝、丙肝病毒携带者或60周岁以前因病身故								
11.妇女专项:								
	1□是 1□2	□是□否						
	3□是 □2杏	□是 □否						
12.投保记录:								
	4□是 1√2	□是 広杏						
	3□是 □左	□是 ☑答						
C.目前是否已经参加或正在申请中的其它保险公司包含身故保险责任的人身保险?如有,请告知已投保的有效身故保险金额总和 	二是 不否							
为 0 。(被保险人为未满18周岁的未成年人时填写)								
单及告知内容,我公司承担保密责任。)								
备								
1.请您在仔细阅读保险条款,充分理解保险责任、责任免除、解除合同等规定,权衡保险需求和交费能力后,再作出投保决法。		- /						
2.投保单为保险合同的重要组成部分,请您真实、完整、准确填写,尤其是投保人与被保险人的姓名、性别、出生日期、证件类型、证件号码联系电话和联系地址、被保险人与投保人的关系等客户信息。如有缺失的,请您补充填写,并由投保人、被保险人亲笔签字。不明事项请向								
[**] ** 人名马农来思的为协治思、农水已治疗农水思亚等自思及行,主义为于有异体及、核体、可是体中、各个自动及治失能力。	。有芯不切	E供具头、						
│ 休 │ 元差的信息,将导致找公司无法联络到您,不便于为您提供优质的保单服务。 │ 须 │ 4.我公司承诺,未经您同意不会将您的信息用于人身保险公司和第三方机构的销售活动。								
	生知 我の	司有权在						
知 5.根据《中华人民共和国保险法》规定,我公司有权对投保人、被保险人的有天情况进行询问,您应如实告知,如您未如实行	ц лн , з Х, Д	TATE						
	合同生效.	除另有约						
定外,本合同生效日期为我公司开始承担保险责任的日期。								
7.一切与本投保单各项内容及保险条款相违背或增减的销售人员说明及解释均属无效,一切告知均以书面为准。								

投保申请日期 2016-09-09