



# 保險合同

INSURANCE CONTRACT

## 公司简介

北京百星电子系统有限公司（以下简称百星公司）成立于1995年，注册资金380万美元，是全外资的高科技企业。

### ● 定位

目前致力于文件工程(Document Engineering)技术的探索与应用，并以网际网路技术(Web Service)提供多样性及高弹性的文件处理服务及管理。

文件工程(Document Engineering)如同资讯工程(Information Engineering)有密不可分的关系。但是，文件工程着重于讯息在文件上展现的技术。

企业使用资讯工程的技术及方法来提升运作流程上的效能及品质；文件工程则是将文件：

- 零件化(Componentize)
- 模版化(Templating)
- 重复使用(Reusable)
- 个性化(Personalize)
- 版本管控(Versioning)
- 同源多元输出(Single-source/Multi-channel Outputs)

以减少重工，确保品质及品牌形象的一致性。经过多年在文件工程上的钻研，我们陆续推出下列文件处理服务平台：

- 动态文件模版设计管理平台(Dynamic Document Template Management System)
- 同源多元输出(SSMO, Single-source/Multi-channel Outputs)
- 按需生产平台(ODM, On-demand Manufacturing)
- 因应文件工程多变的应用环境及需求，我们全面采取网际网路技术及框架。以微服务(Microservices)架构满足多变的需求，以OpenAPI实现多样服务的无缝接轨。

### ● 服务

除了对文件结构性解析及研究外，多年来亦运用自行开发“云”服务平台(Cloud Platform)，为客户提供专业的文件外包服务解决方案。

典型的例子，是保险保单的处理：从与保险公司专线连线、实时数据传输，数据处理，条件式条款的组合，个性化保单合同的渲染生成，批次处理、分区生产，物流追踪等各个阶段实现全面优化管理与监控。

截至目前，已在全国主要省会城市建立自有文件处理中心21个，驻点服务中心16个，与客户合作建立37个外包服务站点。

### ● 客户

目标客户多以文件为核心的产业，譬如：

保险业  
银行  
证券  
制造业  
电信  
邮政

## 保险合同目录

本保险合同由保险单、保险条款、投保单副本以及与合同有关的投保文件、合法有效的声明、批注、批单、附加险合同和其他书面协议构成

- [🔗 保险单](#)
- [🔗 现金价值表](#)
- [🔗 保险条款](#)
- [🔗 批注、续期保险费发票粘贴页](#)
- [🔗 温馨提示](#)
- [🔗 电子投保单](#)
- [🔗 保险费统一收据](#)
- [🔗 保险合同签收回执](#)
- [🔗 客户服务指南](#)

保险单号: 8026888888888888

投保被保险人资料

投保人姓名	旺福墨	被保险人姓名	旺福墨
证件号码	1100102196402152410	证件号码	1100102196402152410
出生日期	1964年02月15日	出生日期	2026-03-25

保险计划

险种名称: 百星人寿孝顺保恶性肿瘤疾病保险	基本保险金额: 5818.50	保险费: 5818.50	保险期间: 终身	交费期间: 20年
交费频次: 年交	保险费合计: 伍仟捌佰壹拾捌元伍角整 (RMB: 5818.50)			

身故保险金受益人资料

姓名 如意	受益比例 100.00%	收益顺序 1
----------	-----------------	-----------

特别约定

- 1.自投保人签收保险单之日起15日内，如收费不成功，此保险单自动作废且我公司自始不承担保险责任。  
2.公司在收取首期保费后，本保险合同的生效日期以2019年03月20日作为生效日期。  
(本栏以下空白)

百星人寿保险股份有限公司北京分公司  
全国统一客户服务和客户维权电话: 63436699  
地址: 北京市通州区嘉创路10号枢密院D3栋

保单制单日期: 2021年02月1日  
保单提交日期: 2019年07月12日

为确保您的保单权益，请及时拨打本公司服务电话、登录网站或到柜台进行查询，核实保单信息。

现金价值及减额交清  
保额表

保险单号：8026888888888888

投保险种：百星人寿孝顺保恶性肿瘤疾病保险

基本保险金额：5818.50元

交费期限：20年

保单 年度末	现金价值 (元)	减额交清 (元)	保单 年度末	现金价值 (元)	减额交清 (元)	保单 年度末	现金价值 (元)	减额交清 (元)
1	570.00	1380.00	39	103485.00	0.00			
2	1935.00	4590.00	40	104505.00	0.00			
3	3315.00	7665.00	41	105480.00	0.00			
4	5355.00	12075.00	42	106380.00	0.00			
5	8355.00	18375.00	43	107235.00	0.00			
6	11520.00	24735.00	44	108030.00	0.00			
7	14850.00	31140.00	45	108780.00	0.00			
8	18360.00	37620.00	46	109515.00	0.00			
9	22065.00	44190.00	47	110265.00	0.00			
10	25965.00	50835.00	48	111120.00	0.00			
11	30075.00	57600.00	49	112305.00	0.00			
12	34440.00	64515.00	50	114480.00	0.00			
13	39030.00	71595.00	51	0.00	0.00			
14	43830.00	78795.00						
15	48855.00	86145.00						
16	54150.00	93750.00						
17	59715.00	101610.00						
18	65565.00	109800.00						
19	71775.00	118455.00						
20	78375.00	0.00						
21	79935.00	0.00						
22	81465.00	0.00						
23	82935.00	0.00						
24	84405.00	0.00						
25	85845.00	0.00						
26	87270.00	0.00						
27	88665.00	0.00						
28	90015.00	0.00						
29	91350.00	0.00						
30	92670.00	0.00						
31	93975.00	0.00						
32	95265.00	0.00						
33	96525.00	0.00						
34	97770.00	0.00						
35	98970.00	0.00						
36	100155.00	0.00						
37	101295.00	0.00						
38	102405.00	0.00						

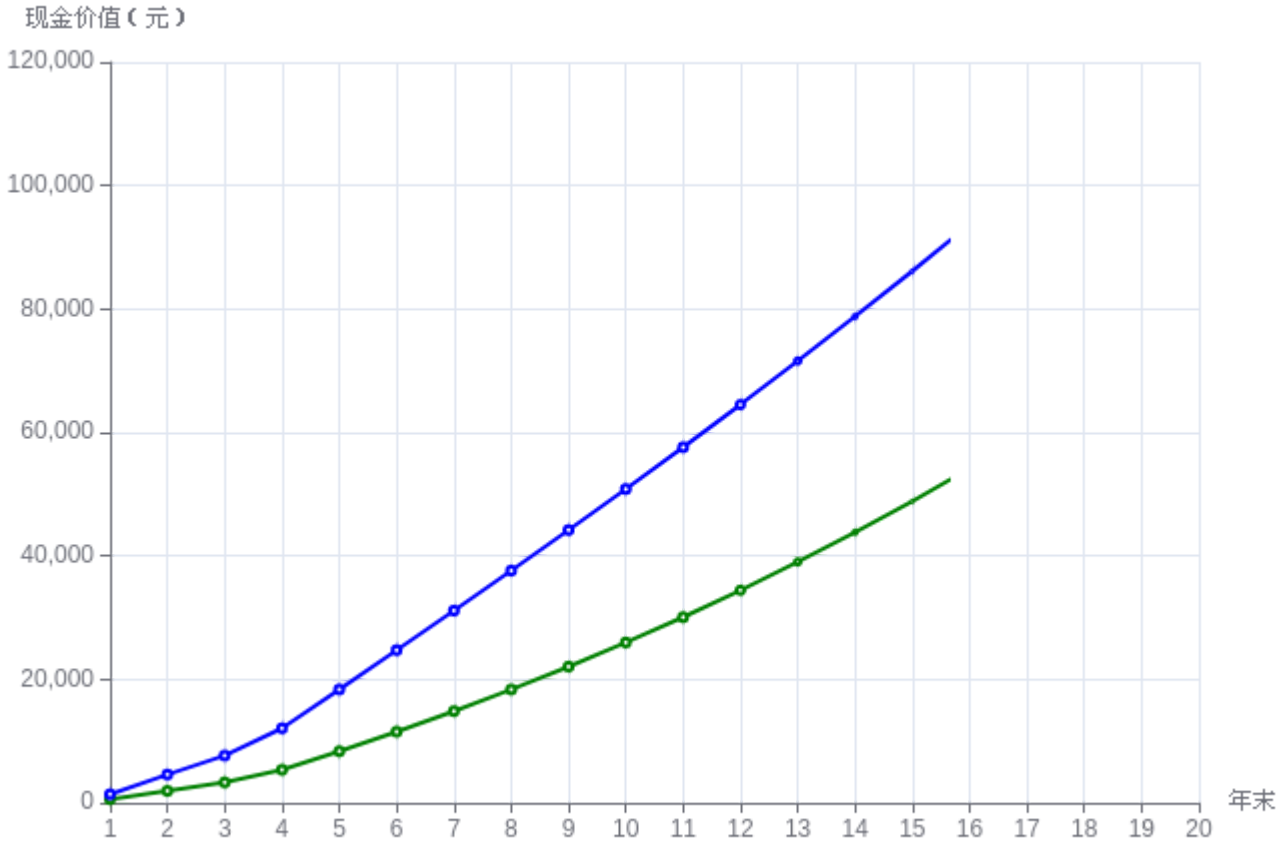
注：

1.本表所列现金价值为保单年度末现金价值。保单年度内的现金价值，可以向我们咨询。若犹豫期后退保，我们退还的现金价值为保单当时的现金价值。

2.本表仅适用于投保时合同确定的保险利益和保险金额，投保后所作的各项变更可能使本表不在适用。

现金价值表及减额交清表

—○— 现金价值    —○— 减额交清



# 百星人寿附加账户式安康重大疾病保险条款

## 阅读指引

条款是保险合同的重要内容，为充分保障您的权益，请您仔细阅读本条款。

本阅读指引有助于您理解条款，对本附加合同的解释以条款为准。

您拥有的重要权益	
签收本附加合同次日起10日内您可以要求退还全部保障成本至主合同个人账户	【1.3】
被保险人可以享受本附加合同提供的保障	【2.3】
您有退保的权利	【7.1】
您应当特别注意的事项	
我们对免除本公司责任的条款作了特别提示，详见条款正文中背景突出显示的部分	【2.3】 【2.4】 【2.5】 【3.2】 【3.4】 【4.2】 【6.1】 【9.2】 【10.5】
被保险人应到我们认可的医院就诊	【2.3】
您投保本附加合同即表明认可并遵从本附加合同中对轻症重疾及重大疾病的定义	【3】
保险事故发生后，您有及时通知我们的义务	【4.2】
退保会给您造成一定的损失，请您慎重决策	【7.1】
您有如实告知的义务	【8.1】
我们对一些重要术语进行了解释，并作了显著标注，请您注意	【10】

## 百星人寿附加账户式安康重大疾病保险条款

在本条款中，“您”指投保人，“我们”、“本公司”均指百星人寿保险股份有限公司，“本附加合同”指您与我们之间订立的“百星人寿附加账户式安康重大疾病保险合同”。

### 1 您与我们订立的合同

#### 1.1 合同订立



本附加合同由主合同投保人提出申请，经我们同意而订立。

#### 1.2 合同生效



本附加合同须与主合同同时投保。  
本附加合同的生效日与主合同相同。  
本附加合同的保单周年日（见10.1）、保单年度（见10.2）、均以生效日计算。

1.3 犹豫期



自您签收本附加合同次日起，有10日的犹豫期。在此期间，请您认真审视本附加合同，如果您认为本附加合同与您的需求不相符，您可以合并主合同提出解除本附加合同，我们将在扣除不超过10元的工本费后无息退还本附加合同保障成本至主合同个人账户。解除合同时，您需要填写申请书，并提供您的保险合同及有效身份证件（见10.3）。自我们收到您解除合同的书面申请之时起，本附加合同即被解除，我们自始不承担保险责任。  
本附加合同解除必须随主合同解除同时申请，不能单独申请。

2 我们提供的保障

2.1 保险期间



本附加合同的保险期间为终身，自本附加合同生效日零时起至被保险人身故时止。

2.2 保险金额



（1）基本保险金额  
本附加合同的基本保险金额由您在投保时与我们约定，并在保险单或批注单上载明。若该金额发生变更，则以变更后的金额为基本保险金额。  
（2）轻症重疾保险金额  
本附加合同的轻症重疾保险金额等于本附加合同的基本保险金额的20%。  
（3）重大疾病保险金额  
本附加合同的重大疾病保险金额等于本附加合同的基本保险金额与主合同当时个人账户价值的120%两者的较大值。

2.3 保险责任



在本附加合同有效期内，我们承担如下保险责任：  
自本附加合同生效（或最后复效）之日起180天内，被保险人发生下列情形之一的（一）“轻症重疾”或“重大疾病”；（二）因导致“轻症重疾”或“重大疾病”的相关疾病就诊，我们不承担保险责任，本附加合同效力终止，我们将本附加合同所收取的保障成本无息退还至主合同的个人账户，主合同的个人账户价值按退还的金额等额增加。这180天的时间称为等待期；被保险人因意外伤害（见10.4）发生上述两项情形之一的，无等待期。  
若您申请增加本附加合同的基本保险金额，则对于每次增加的基本保险金额也适用上述等待期的约定。  
被保险人因意外伤害或于等待期后发生保险事故，我们按照下列方式给付保险金：

2.3.1 轻症重疾保险金



若被保险人在确诊首次患本附加合同约定的重大疾病（无论一种或多种）前，经我们认可的医院（见10.5）专科医生（见10.6）确诊首次患本附加合同约定的轻症重疾（无论一种或多种），我们按照轻症重疾保险金额给付轻症重疾保险金，轻症重疾 保险责任终止，本附加合同继续有效。

2.3.2 重大疾病保险金



若被保险人经我们认可的医院专科医生确诊首次患本附加合同约定的重大疾病（无论一种或多种），本附加合同效力终止，我们按照确诊当时的重大疾病保险金额给付 重大疾病保险金。

2.3.3 本附加合同与主合同关联



我们给付重大疾病保险金后，主合同基本保险金额、主合同个人账户价值均按给付 的重大疾病保险金与主合同保险金额的比例相应减少。

2.4 基本保险金



额的变更



下列情形会引起本附加合同基本保险金额变更：

(1) 交纳主合同追加保险费

在我们收到您的主合同追加保险费后，本附加合同基本保险金额按主合同追加 保险费等额增加。

(2) 部分领取主合同个人账户价值

在我们收到您主合同的部分领取申请书后，本附加合同基本保险金额按领取的 主合同个人账户价值等额减少。

减少后的本附加合同基本保险金额不得低于我们规定的最低金额。

(3) 本附加合同有效期内，您可以申请并经我们同意后，变更本附加合同基本保险金额。

①申请增加本附加合同基本保险金额

您可以向我们申请增加基本保险金额，但每个保单年度最多只能申请1次。在 申请增加基本保险金额时，必须同时满足以下条件：

- 本附加合同生效满1年；
- 在被保险人55周岁的保单周年日之前申请；
- 主合同以前各期和当期应交期交保险费均已交纳或主合同已交满10年期交 保险费。

在申请增加基本保险金额时，您必须按照我们的规定提供被保险人的健康声明 书、体检报告书及其他相关证明文件。

经我们审核同意后，增加的基本保险金额从主合同下一个结算日的零时起生效。

②申请减少本附加合同基本保险金额

在本附加合同生效1年后，您可向我们申请减少基本保险金额，但每个保单年 度最多只能申请1次。

经我们审核同意后，减少的基本保险金额从主合同下一个结算日的零时起效力 终止。

2.5 责任免除



因下列情形之一，导致被保险人发生轻症重疾或重大疾病的，我们不承担给付保险 金的责任：

- (1) 投保人对被保险人的故意杀害、故意伤害；
- (2) 被保险人故意自伤、故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- (3) 被保险人主动吸食或注射毒品（见10.7）；
- (4) 被保险人酒后驾驶（见10.8），无合法有效驾驶证驾驶（见10.9），或驾驶无 有效行驶证（见10.10）的机动车（见10.11）；
- (5) 被保险人感染艾滋病病毒或患艾滋病（见10.12）期间（本附加合同另有约定 的除外）；
- (6) 遗传性疾病（见10.13），先天性畸形、变形或染色体异常（见10.14）；
- (7) 战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- (8) 核爆炸、核辐射或核污染。

3 重大疾病

3.1 轻症重疾的 范围



本附加合同所指的轻症重疾在本附加合同中有确定的含义，我们将在本附加合同轻症重 疾定义中详细列明，您投保本附加合同即表明认可并遵从本附加合同中对轻症重疾的定 义。1非危及生命的恶性病变 2脑垂体瘤、脑囊肿、脑动脉瘤 及脑血管瘤 3主动脉介入 手术 4轻度原发性肺动脉高压 5冠状动脉介入手术 6单肢缺失 7心脏瓣膜介入手术 8脑外 伤开颅手术 9较小面积III度烧伤 10视力严重受损

3.2 轻症重疾的定义



以上各种轻症重疾须我们认可的医院专科医生明确诊断，且符合以下定义：

3.2.1 非危及生命的恶性病变



指经组织病理学检查被明确诊断为下列恶性病变，并且接受了相应的治疗。

- (1) 原位癌；
- (2) 相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；
- (3) 相当于AnnArbor分期方案I期程度的何杰金氏病；
- (4) 皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；
- (5) TNM分期为T1N0M0期或更轻分期的前列腺癌。

3.2.2 脑垂体瘤、脑囊肿、脑动脉瘤和脑血管瘤



指经头颅断层扫描（CT）、核磁共振（MRI）或其他影像学检查被确诊为下列病变，并实际实施了手术或放射治疗。

- (1) 脑垂体瘤；
- (2) 脑囊肿；
- (3) 脑动脉瘤、脑血管瘤。

4 保险金的申请

4.1 受益人



除另有约定外，轻症重疾保险金、重大疾病保险金的受益人为被保险人本人。

4.2 保险事故通知



您、被保险人或受益人知道保险事故发生后应当在10日内通知我们。

如果因故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，我们对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但我们通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生或者虽未及时通知但不影响我们确定保险事故的性质、原因、损失程度的除外。

4.3 保险金申请



在申请保险金时，请按照下列方式办理：

4.3.1 轻症重疾保险金或重大疾病保险金申请



申请人须填写保险金给付申请书，并须提供下列证明和资料：

- (1) 保险合同；
- (2) 受益人有效身份证件；
- (3) 我们认可的医院专科医生出具的附有病理显微镜检查、血液检验及其他科学方法检验报告的、诊断结论符合“3 重大疾病”所列举情形的疾病诊断证明书；
- (4) 所能提供的与确认保险事故的性质、原因等有关的其他证明和资料。

4.4 保险金给付



我们在收到保险金给付申请书及合同约定的证明和资料后，将在5日内作出核定；情形复杂的，在30日内作出核定。对属于保险责任的，我们在与受益人达成给付保险金的协议后10日内，履行给付保险金义务。若我们在收齐相关证明和资料后30日内仍未作出核定，除支付保险金外，我们将从第31日起按超过天数赔偿受益人因此受到的利息损失。利息按照不低于中国人民银行公布的同期金融机构人民币活期存款基准利率复利计算。

对不属于保险责任的，我们自作出核定之日起3日内向受益人发出拒绝给付保险金通知书并说明理由。

我们在收到保险金给付申请书及有关证明和资料之日起60日内，对给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；我们最终确定给付保险金的数额后，将支付相应的差额。

#### 4.5 诉讼时效



受益人及其他有权领取保险金的人向我们请求给付保险金的诉讼时效期间为2年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

## 批单、续期保险费发票粘贴页

## 温馨提示

尊敬的旺福墨先生:

感谢您选择百星人寿为您提供服务!

您的权利和义务已在本合同中载明,请您仔细阅读。为了维护您的权益,我们还特别提醒您注意以下事项:

- 一、请您认真核对保险合同的内容。若核对无误,请您签收保单,并亲笔签署回执(包含签署日期)。若您收到的为电子保单,保单送达即视为您已签收,请您确认合同内容准确无误,如有疑问,请及时与我司联系。
- 二、请您认真阅读保险条款,并重点关注保险责任和除外责任,了解所购买保险产品的保障范围**以及在约定的保险责任发生时给付金额的计算方法**。
- 三、对于保险期间在一年以上的合同都设有**10天**的犹豫期(商业银行代理销售的保险产品保险期间超过一年的,犹豫期为**15天**),犹豫期内退保和犹豫期后退保的给付金额不同,具体规定请您阅读保险合同“犹豫期”、“合同解除”和“**现价价值表**”部分。
- 四、请您全面理解您所购买的产品,确定您选择了合适的保险金额、保险期间和交费金额、交费期限。对于需要分期缴纳保险费的,如果您无法持续交纳保险费,有可能导致合同效力中止或解除。
- 五、对于您投保的万能保险,了解各项费用扣除的具体情况、保单账户价值的计算法。对于账户价值的增长,我们会保证最低的结算利率,实际结算利率高于最低保证利率的部分需要视投资收益情况而定,这部分是我们不保证的。

如您有任何疑问,请拨打我们的全国统一客户服务和客户维权电话:400-610-5058或联系您的保单服务人员咨询。

百星人寿保险股份有限公司

# 电子投保单

## 投保须知

感谢您选择百星人寿保险股份有限公司为您服务，请您在签收保单前仔细阅读以下提示：

- 1. 为了使您详知所投保的保险内容并维护您的合法权益，请在签字之前仔细阅读保险条款，并确认已了解保险条款的各项内容(注意保险责任、责任免除、犹豫期、退保等关键信息)后方可签字。
- 2. 投保书是投保人向本公司申请投保的重要文件，投保人、被保险人或其法定监护人应在投保书签名栏上亲笔签章以示确认所填写的内容，本公司对投保书及告知内容承担保密义务。
- 3. 投保人(被保险人)在投保时应如实告知投保书中的各项内容，不得故意隐瞒或不实告知，否则本公司有权依据法律规定及本保险合同约定解除保险合同，所有告知事项均以书面告知为准，口头告知无效。同时您的个人信息(地址、电话等)将作为计算保险费、核保、寄送保险合同、电话回访等服务的重要依据，请您提供真实、完整的信息，否则将不利于保护您的合法权益。
- 4. 如果投保人选择分期交纳保险费，请投保人根据自身的财务状况，选择合适的交费期限和交费金额，无法持续交纳保险费可能导致保险合同效力中止或合同解除。本公司将于续期保费应缴日前向投保人发出交费提示。
- 5. 为响应国家低碳环保的号召，公司为您提供的通知及函件将采用电子单证形式，您可以到公司官网或到您投保时预留的电子邮箱中查询阅读。如您需要纸质单证，可到公司客服中心或拨打全国统一客户服务和客户维权电话95510申请。
- 6. 投保人应对被保险人有保险利益;如为未成年人投保以死亡为给付责任的保险，投保人须为未成年人的父母，且身故保险金总和不能超过保险监督管理机构的规定额度。

## 投保资料

投保人姓名：旺福墨	性别：男
出生日期：1964年02月15日	
证件类型：身份证	
证件号码：1100102196402152410	
证件有效期至：2026-03-25	
国籍：中国	户籍：北京市朝阳区呼家楼10号6-606
学历：硕士	婚姻状况：已婚
与被保险人关系：本人	
职业名称：公务员	最高职业代码：5010202
工作单位：国家税务总局北京总局	
E-mail：248132637@qq.com	
固定电话：13708857698	
移动电话：13708857698	
现住址：北京市朝阳区呼家楼10号6-606	
通讯住址：北京市朝阳区呼家楼10号6-606	
邮政编码：100021	

被保险人姓名：旺福墨	性别：男
出生日期：1964年02月15日	
证件类型：身份证	
证件号码：1100102196402152410	
证件有效期至：2019年07月13日	
国籍：中国	户籍：北京市朝阳区呼家楼10号6-606
学历：硕士	婚姻状况：已婚
与被保险人关系：本人	
职业名称：公务员	最高职业代码：5010202
工作单位：国家税务总局北京总局	
E-mail：248132637@qq.com	
固定电话：13708857698	
移动电话：13708857698	
现住址：北京市朝阳区呼家楼10号6-606	
通讯住址：北京市朝阳区呼家楼10号6-606	
邮政编码：100021	

身故受益人姓名：如意	性别：女	出生日期：1964-06-25	与被保险人关系：夫妻
证件/号码：1100102196406250747		受益比例：100.00%	顺序：1

身故受益人姓名:	性别:	出生日期:	与被保险人关系:
证件/号码:		受益比例:	顺序:

身故受益人姓名:	性别:	出生日期:	与被保险人关系:
证件/号码:		受益比例:	顺序:

保险计划

客户联

险种名称	基本保险金额（元） /份数/档	保险费（元）	交费期间	保险期间
百星人寿孝顺保恶性肿瘤疾病保险	150000.00元	5818.50	20年	终身

首期保险费合计:

交费频率: 年交                      首期交费方式: 8                      万能保险追加保险费: 元

如投保年金保险, 年金/祝寿金 领取年龄: 周岁, 领取方式:

如投保分红保险, 红利领取方式:

续期交费方式: 银行转账

划款银行: 工商银行方庄支行[工商银行]                      续期转账账号: 6217232502000000000

一年期主险/一年期附加险是否自动申请续保:                      目前被保险人是否享有社会医疗保险或公费医疗保障: 是

如投保万能保险, 万能险可投资账户分配比例:

- 1、各账户的分配请遵循我公司的有关账户分配的相关规则, 且各账户的比例之和应为100%;
- 2、如该项未填写, 则您的可投资保险费按照100%进入稳健型子账户。

财务及其它声明信息

填写或回答下列问题, 并选择选择项后的“○”。选“是”者请在“告知信息及备注栏”中注明问题 号码并详细说明:	被 保 险 人 是    否	投 保 人 是    否
1. 投保人每年收入约              万元, 主要来源: 工薪	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
2. 被保险人每年收入约              万元, 主要来源: 工薪	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
3. 您目前是否已有或正在申请除本公司以外的人身保险? 若是, 被保险人累计已承保且有效的和正在申请 保单保额              万; 投保人累计已承保且有效的和正在申请保单保额              万	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
4. 您在过去投保人身保险时, 或在申请保全复效时, 曾否被拒保、延期、加费或对条款做特别约定, 或 申请过理赔?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
5. 您曾否参与赛车、潜水、跳伞、或其他有危险性体育运动或有以上运动嗜好?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
6. 您是否持有摩托车驾照? 有无交通事故记录?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
7. 您是否有私家车辆?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
8. 您在过去三年内曾否在其他国家居住或是否在未来一年内有此计划?	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
9. 有无其它声明:	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>

健康信息告知

(如不涉及投保人保费豁免责任, 则投保人健康信息告知栏无须填写)

填写或回答下列问题, 并选择选择项后的“○”。选“是”者请在“告知信息及备注栏”中注明问题号码并详细说明:	被保险人 是 否		投保人 是 否	
1. (被保险人)身高 (cm) 体重 (kg); (投保人)身高 (cm) 体重 (kg)。	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2. 您曾否使用任何成瘾药物、麻醉剂或接受戒毒治疗?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4. 您是否习惯性饮酒?若“是”, (被保险人)已饮酒 年, 饮酒量:白酒 两/日, 啤酒 瓶/日 (投保人) 已饮酒 年, 饮酒量:白酒 两/日, 啤酒 瓶/日	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
5. 您是否曾经吸烟、饮酒?若“是”曾经吸烟、饮酒, 何时因何种原因停止吸烟、饮酒?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6. 您有无职业病, 如尘肺、矽肺、石棉肺、各种慢性中毒等;	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
7. 您或您的配偶是否患有艾滋病或为艾滋病毒携带者?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
8. 您在过去6个月内是否持续超过一星期有下列病症:疲倦、体重下降、食欲不振、盗汗、腹泻、淋巴结肿大或不寻常之皮肤溃烂?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
9. 您是否接受过手术治疗?五年内是否接受过门诊治疗或住院治疗?医生是否建议服药、检查?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
10. 您五年内是否做过血常规、肝功能、心电图、超声波、脑电图、肌电图、内窥镜、心血管造影、X光、CT、活组织检查、血液检验或其他特殊检查并发现异常?若“是”, 则请告知检查原因及检查结果;	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
11. 您是否曾患有或被告知患有下列症状或疾病?若“是”, 请注明疾病名称、症状、医院名称、治疗时间和结果:	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
(1) 胸部疼痛、心脏杂音、脉搏不正常、高血压(指收缩压≥140mmhg, 舒张压≥90mmhg, 或其中一项超过以上值)、动脉粥样硬化、冠心病、心肌梗塞、心肌肥厚、先天性心脏血管病、主动脉瘤、心脏瓣膜病、风湿性心脏病、风湿病、肺心病、心肌炎、心内膜炎、心律失常、传导阻滞、心包炎以及其他血管疾病;	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
(2) 脑中风(脑出血、脑梗塞)、脑瘤、脑血管瘤、脑动静脉畸形、短暂性脑缺血、脑炎、脑膜炎以及其他脑部疾病;	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
(3) 精神病、抑郁症、神经官能性疾病、多动症、癫痫、肢体麻木、脊髓炎、多发性硬化、肌肉萎缩症、重症肌无力、帕金森氏病、肝豆状核变性以及其他神经精神疾病;	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
(4) 久咳、咯血、肺炎、支气管炎、肺气肿、支气管扩张、尘矽肺、肺大泡、肺结核、肺脓肿、肺栓塞、肺结核、哮喘、胸膜炎、气胸以及其他呼吸系统疾病;	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
(5) 肝炎、肝炎病毒携带、脂肪肝、肝内结石、胆结石、胆囊炎、肝脓肿、黄疸、肝硬化、肝囊肿、肝功能异常、胰腺疾病、慢性胃炎、肠炎、消化道溃疡或出血、穿孔、溃疡性结肠炎、疝、肠梗阻、痔疮等其他肛肠疾病以及其他消化系统疾病;	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
(6) 肾炎、肾结石、肾小球疾病、肾病综合症、血尿、蛋白尿、肾积水、肾功能衰竭、尿毒症、肾囊肿、肾结核、泌尿系感染、输尿管结石以及其他泌尿系统疾病;	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
(7) 癌症、肿瘤、腺瘤、息肉、囊肿、血管瘤以及其他包块或肿物;	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
(8) 再生障碍性贫血、淋巴瘤、白血病、血友病、紫癜症、贫血、淋巴腺疾病、脾脏疾病以及其他血液和淋巴系统疾病;	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
(9) 糖尿病、高血脂症、痛风、甲状腺疾病、甲状旁腺疾病、肾上腺疾病、肢端肥大症、脑垂体异常以及其他内分泌、代谢疾病;	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
(10) 类风湿性关节炎、风湿病、强直性脊柱炎、椎管狭窄、脊柱裂、股骨头坏死、骨关节炎、肌营养不良症、不明原因的肌肉萎缩、干燥综合症、红斑狼疮、 结缔组织病、白赛氏病、免疫性疾病、自体免疫性疾病、免疫缺陷病(艾滋病或艾滋病毒携带);	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
(11) 白内障、青光眼、视神经或视网膜病变、中耳炎、鼻中隔偏曲、鼻息肉、扁桃体炎以及其他耳鼻喉、口腔科疾病;	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
(12) 多囊肝、多囊肾以及其他先天性疾病、遗传性疾病、脑外伤后遗症、内脏损伤、中毒;	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>



(13) 皮肤病、性传播疾病;	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
12. 身体残疾情况:您有无智能障碍, 是否失明、聋哑、跛行;有无脊柱、胸廓、四肢、头面部、口腔、手指、足趾等畸形、缺损或者功能障碍;有无语言、咀嚼、吞咽、视力、听力、视野、嗅觉、中枢神经系统功能障碍;有无脏器、器官、皮肤结构缺失?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
13. 您的父母、子女、兄弟姐妹是否曾患有肾病、心脏病、高血压、多发性硬化、肝硬化、糖尿病、精神病、结核病、白血病、瘫痪、肌肉萎缩症、切除任何囊肿或增生物、癌症或曾被发现为任何肝炎, 或肝炎病毒携带者?是否有早于60岁以前去世者?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
女性使用:	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
14. 是否正在怀孕?若“是”(投保人)已怀孕_____周?(被保险人)已怀孕_____周?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
15. 您曾否患任何乳房或产科病症或妇科病症?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
16. 您曾否被建议做宫颈涂片、乳房检查、乳房X光检查或乳房活组织检查?若“是”请提供检查结果;	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
男性使用:	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
17. 您曾否患前列腺炎、前列腺肥大、睾丸或附睾肿大、隐睾症、精索静脉曲张以及睾丸、阴茎、输精管缺失或者缺损等男科疾病?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
两周岁以下少儿(含两周岁)补充告知栏:	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
18. 出生时身高 厘米, 体重 公斤;	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
19. 是否早产、难产、过期产;有无先天性疾病、遗传性疾病或畸形;有无体重不增或增长缓慢;有无肺炎、抽搐、腹泻、新生儿黄疸等疾病?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
20. 您是否曾患有或被告知患有下列症状或疾病?若“是”, 请注明疾病名称、症状、医院名称、治疗时间和结果:	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
21. 有无正常按时接种?若“无”请说明原因;	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
22. 您过去是否曾患目前患有第11-29项未例举的症候或疾病?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

告知信息及备注栏

序号	告知对象	告知内容	序号	告知对象	告知内容
1	投保人	小型轿车	5		
2	被保险人	小型轿车	6		
3			7		
4			8		

临时保障声明

鉴于投保人已向百星人寿保险股份有限公司(以下简称“本公司”)申请投保人身保险并正在等待本公司的批准, 本公司提供临时保障如下:

1. 临时保障的生效时间及条件:自本公司收到投保人提交的完整如实填写的投保信息并交纳暂收保险费或转账授权次日零时起开始。如授权账户错误、账户余额不足或账户 挂失、冻结、销户, 则以上临时保障自始不成立。
2. 临时保障的保险责任及保险金额限制:临时保障期间, 本公司仅承担投保人所申请投保险种的意外身故责任, 并向投保信息中所载的身故保险金受益人支付该单所列明的 身故保险金, 但最高给付金额不超过人民币贰拾万元整。如果同一被保险人有效临时保障多于一份且总保额超过人民币贰拾万元, 则本公司给付的保险金额将按照临时保障保 额占各投保书累计保额的比例在各临时保险单间分配, 且总计给付保险金额不超过人民币贰拾万元整。 未成年人给付身故保险金总和不超过保险监督管理机构规定的限额。
3. 临时保障的终止:自本公司收到投保人的暂收保险费或转账授权次日零时起三十日终止;或本公司同意承保之日终止;或投保人提出撤销投保申请之日终止;或本公司做 出最终核保结论延期、谢绝投保之日终止。满足以上任一条件此临时保障均终止。
4. 临时保障责任免除:同条款中约定的责任免除事项。

## 投保人/被保险人/法定监护人声明授权书及合同签收回执

- 1. 本人已认真阅读 投保须知、投保提示书、产品条款及产品说明书，确认已了解条款所列的各项内容（尤其是保险责任条款、责任免除条款、合同解除条款）且同意遵守条款约定。
- 2. 本人已经确认投保单填写的各项内容，对受益人的指定均认可。本人在投保单中的健康告知内容均准确无误，如不属实贵公司有权依据法律规定和条款约定解除本保险合同。
- 3. 本人确认所提供的付款账户是投保人本人的账户并同意转账授权内容。
- 4. 本人已知晓：本保险合同自贵公司同意承保、收取保险费并签发保险单后开始生效，生效日载于保险单上，贵公司自生效日零时起开始承担合同约定的保险责任。
- 5. 本人同意，本次投保信息及电子记录凭证等数据电文是本保险合同的组成部分，具备完全证据效力。
- 6. 本人授权贵公司可以从任何单位、组织和个人就有关保险事宜查询、索取与本人有关的资料和证明，作为审核本投保申请及评估相关理赔申请的依据，贵公司对个人资料承担保密义务。
- 7. 本人同意并授权：贵公司在履行对投保人、被保险人个人信息严格保密的基础上，有权将其个人信息披露给百星保险集团股份有限公司及其子公司（包括分支机构），以及贵公司为投保人、被保险人进一步提供相关服务所需的第三方。
- 8. 本人确认已在投保书中抄录以下内容：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。

代理人：张海鸥

销售机构：北京百星人寿保险销售服务有限公司

管理机构代码：80010101

管理机构名称：百星人寿保险股份有限公司北京分公司北京本部营销服务部

投保人签章：

被保险人/法定监护人签章：

签署日期：2019年07月12日



保险统一收据

打印日期:2019年07月12日

投保人: 林有福	保单号: 1018888888880868
保险费交纳日期: 2019年07月12日	交费方式: 网上交费
保险项目	保险费金额
百星人寿孝顺保恶性肿瘤疾病保险	5818.50元

保险费合计 (大写): 伍仟捌佰壹拾捌元伍角整	(小写) ¥5818.50
-------------------------	---------------

划款银行: 工商银行昆明北京路支行[工商银行]	银行账号: 6217232502000000000
-------------------------	---------------------------

代理人 (代码): 张海鸥 (11005501640255718)	营业部: 北京百星人寿保险销售服务有限公司
-----------------------------------	-----------------------

注: 1、本收据手写无效。  
2、如果您需要发票, 请凭此收据到我公司换领, 换领发票后此收据作废。

保险合同签收回执

旺福墨 先生：

您好！

感谢您选择百星人寿保险股份有限公司为您服务！

根据您的申请，我公司已签发8026888888888888号保险单，请您审核。如您对投保单及保险合同上的各项内容确认无误，并已知晓您的各项权利和义务，敬请在投保人签章处签名并注明签署日期，以保护您的权益。

如您对上述事项有任何疑问，欢迎您随时来电或与您的代理人联系，我们将竭诚为您服务。

祝您事业发达，身体健康！

为确保您的保单权益，请及时拨打本公司服务电话、登录网站或到柜台进行查询，核实保单信息。

代理人：张海鸥（11005501640255718）

销售机构：北京百星人寿保险销售服务有限公司

管理机构代码：80010101

管理机构名称：百星人寿保险股份有限公司北京分公司北京本部营销服务部

百星保险全国客户服务电话 400-510-5058

公司网址:www. belstar.com

公司地址:北京市通州区嘉创路10号枢密院D3栋

本人在此签名确认以示对投保单和保单全部内容之理解和认可：

本人已收到百星人寿8026888888888888号保险合同（投保人：旺福墨，被保险人：旺福墨）的合同正本，确认保险合同材料齐全，投保人、被保人、受益人信息准确，已阅读并理解条款内容，知晓本人的权利与义务及签收保单后开始计算犹豫期。

● 备注：若您此前已签收完电子回执，则本《保险合同签收回执》作废，您无需再次签收，犹豫期自电子回执签收次日起计算

投保人签章：

签字日期：            年            月            日

（保险公司填写联）

保单号：

代理人：

保险公司签收人：

签收日期：

## 客户服务指南

尊敬的客户：

您好！

衷心地感谢您对百星人寿保险股份有限公司的支持与信任！为了确保您持有保险合同的准确性和有效性，更好地保障您的合法权益，我们为您提供了如下服务指南，希望可以帮助您快捷办理各项业务。

### 一、保全服务：

投保人变更、受益人变更、地址变更、转账账号变更、年龄变更、红利领取方式变更、减额缴清、合同解除、附加险增加或解除、保险单挂失及补发、合同效力恢复、保险单贷款、生存给付等，如您需办理上述事项，请您携带保险合同正本、申请人身份证明及其它相关材料到您所在城市的百星人寿保险股份有限公司客户服务中心办理。具体可申请的保全服务，以所投保条款为准。

### 二、咨询投诉服务：

提供保险产品、保险单状态、续期收费、理赔等方面的咨询服务，亦接受您对公司及业务员服务的投诉，我们非常欢迎您拨打全国统一客户服务和客户维权电话63436699提出对百星人寿产品和服务的意见或建议。

### 三、续期服务：

1. 交纳续期保险费：如您选择以银行转账的方式交纳续期保险费，请您在保险单应交日前将足额保险费存入指定账户，且账户金额要较当前应交保险费多10元以上（注：如当地银行对保留账户所需最低存款额度另有规定，请按照当地银行的规定保留账户余额），转账成功后，公司会为您提供对账单，您可直接登录公司官网（网址：<http://www.belstar.com.cn>）进行查询。

2. 变更续期交费账号：如您需要更换续期交费账号，请申请办理账号变更手续，变更成功后便可通过新账号交纳续期保险费，如您在我司购买多张保险单，均需使用新账号交费，请您对全部保险单进行账号变更。如账号变更时，您的保险单已接近交费宽限期，请先交完本期保险费再申请账号变更，以免错过扣款时间，导致保单失效。

3. 恢复保单效力：如您的保险单因未及时交纳续期保险费而失效，请于失效之日起两年内申请复效，两年内未完成复效将导致保险单效力终止。

### 四、理赔服务：

1. 请您在收到保单后仔细阅读保险条款，了解所购买保险产品的保险责任和除外责任。

2. 若被保险人发生保险事故，请在进行积极抢救和治疗的同时，不要忘记通过百星保险全国统一客户服务和客户维权电话63436699，及时向保险公司报案，我们将在第一时间为您提供服务，避免您因为报案延迟导致不必要的经济损失。您还可以通过登陆公司官方网站或亲临客户服务中心等方式进行报案。您也可以委托保单服务人员为您服务。

3. 理赔申请时，保险金申请人需要提交保险金索赔资料，亲笔填写理赔申请书并签名确认，我们将在您提供材料齐全后为您及时办理理赔事宜。

### 五、百星人寿保险全国统一客户服务和客户维权电话

如果您对于我公司的保险产品和服务有问题需要咨询，请拨打我们的全国统一客户服务和客户维权电话63436699，我们将竭诚为您提供专业的服务。



下载E动百星  
查保单 享健康服务

**百星人寿保险股份有限公司**  
**BELSTAR LIFE INSURANCE CO.,LTD.**

邮编: 101111      全国统一客服热线: 400-066-9379

总机: (010) 63436699      传真: (010) 63432155

网址: [www.belstar.com.cn](http://www.belstar.com.cn)

地址: 北京市通州区光机电一体化产业基地嘉创路10号枢密院D3栋