

## 雇主责任保险投保单

投保单号码:

本投保单为投保人向本保险人投保雇主责任保险的依据, 并为本保险人所签发保险单的重要组成部分, 投保人应认真、如实填写。未经保险人同意, 或未签发保险单, 本投保单不产生保险效力。

### 投保人、被保险人信息一:

投保情况		<input type="checkbox"/> 新保 <input type="checkbox"/> 续保 (上年保单号: _____)	
★ 以下信息是本公司为您提供理赔及售后服务的重要依据, 请务必详实填写			
投保人信息	是否同被保险人 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (投保人如同被保险人, 下述信息不用填写)		
	正式名称/姓名:		性别 (如是自然人填写):
	通讯地址:		邮编:
	证件类型: <input type="checkbox"/> 组织机构代码证 <input type="checkbox"/> 税务登记证 <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他_____		
	证件/照号码:		有效期至:
	证件/照号码:		有效期至:
经办联系人姓名:		E-mail:	
办公电话:		移动电话:	传真:
被保险人信息	正式名称/姓名:		性别 (如是自然人填写):
	行业类型/职业:		
	通讯地址:		邮编:
	证件类型及号码:		
	<input type="checkbox"/> 组织机构代码证	证照号码:	有效期至:
	<input type="checkbox"/> 税务登记证	证照号码:	有效期至:
	<input type="checkbox"/> 营业执照	证照号码:	有效期至:
<input type="checkbox"/> 身份证	证件号码:	有效期至:	
<input type="checkbox"/> 其他_____	证件号码:	有效期至:	
法人代表/负责人姓名:		证件名称:	
证件号码:		有效期至:	
经办联系人姓名:		E-mail:	
办公电话:		移动电话:	传真:
权益人资料	正式名称/姓名:  (多方权益人, 请标明顺序)		
特别声明	本卡作为投保单重要组成部分之一, 投保人必须如实告知并填写, 我公司根据《保险法》等相关法律的规定, 对本投保单所有内容负有保密责任。		

业务信息二：

1. 被保险人性质： <input type="checkbox"/> 国家机关 <input type="checkbox"/> 事业单位 <input type="checkbox"/> 社会团体 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 企业 <input type="checkbox"/> 个体工商户 请说明所在行业：				
2. 被保险人营业范围：				
3. 被保险人总人数： _____ 其中高级职员姓名，职务，健康情况，请说明：          其他类型工作人员说明（如工作类型、人数、健康情况）：          <b>注：如必要，请附工作人员基本情况清单。</b>				
4. 过去三年是否投保过与雇主责任相关的保险？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 过去三年损失情况如何？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 如果有，请说明： <table><tr><td>保险期间</td><td>保险人数</td><td>损失情况</td><td>获赔情况</td></tr></table>	保险期间	保险人数	损失情况	获赔情况
保险期间	保险人数	损失情况	获赔情况	
5. 是否按照《工伤保险条例》参加工伤保险？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，过去三年被保险人参加工伤保险的情况： <table><tr><td>保险期间</td><td>保险人数</td><td>损失情况</td><td>获赔情况</td></tr></table>	保险期间	保险人数	损失情况	获赔情况
保险期间	保险人数	损失情况	获赔情况	
6. 工作人员上岗前，是否经过岗位培训？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 培训时间一般多长？				
7. 是否拥有专职医疗人员？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 如果有，请列明数量：				
8. 与最近的医院的距离： _____ 请提供医院名称： _____				
9. 是否全部工作人员参加医疗保险？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果否，请说明情况：				
10. 劳动合同中对被保险人工作人员伤、残或死亡及职业性疾病等规定的赔偿原则及限额：          <b>注：经保险人要求，被保险人应将与工作人员签订的劳动合同或其复印件交由保险人存档。</b>				
11. 其他需要特别说明的情况：				

装订线

投保项目清单			
12. 责任限额/免赔额			
方案	保险责任（含主险和附加险）	保险金额（RMB）	保费（RMB）
	身故		
	残疾		
	医疗费用		
	误工费		
13. 附加险情况：			
<input type="checkbox"/> 附加罢工、暴动、骚乱责任保险		<input type="checkbox"/> 附加核子辐射责任保险	
保险费：		保险费：	
<input type="checkbox"/> 附加公务出国责任保险		<input type="checkbox"/> 附加误工补助补充责任保险	
保险费：		保险费：	
<input type="checkbox"/> 附加第三者责任保险：			
每次事故责任限额：_____		每次事故每人伤亡责任限额：_____	
每次事故财产损失免赔额：_____		保险费：_____	
14. 保险期间： 12 个月，自        年        月        日零时起，到        年        月        日二十四时止。			
15. 保险费：		总保险费：	
16. 保险费支付日期：_____			
17. 争议仲裁处理机构：提交_____ 仲裁机构处理。			
特 别 约 定	1. 永安保险公司服务电话：95502。 2. 误工费：每次事故最高 90 天，累计不超过 180 天。 3. 医疗费：每次事故免赔 100 元。 4. 本保单扩展承保如下附加条款： 1) 上下班途中特约条款 2) . 就餐时间扩展条款 B 3) . 临时出境工作条款 4) . 社交活动条款 5) . 附加 24 小时意外保险特别扩展条款(B)款 5、本保单要求的医疗机构指公立二级以上医院。急诊医疗机构不分性质。病情稳定必须转至公立二级以上医院。 6、所有被保险人必须具有监管部门核发的电梯安装资质证书。否则，保险公司有权拒赔。 7. 本保单执行以《永安财产保险股份有限公司-雇主责任保险条款（A 款）及其附加条款 》为准。		
投保人声明  上述所填内容属实。保险人已将《雇主责任保险条款》内容，特别是对保险责任、责任免除及被保险人义务向投保人作了明确告知，投保人对此已经明白并且理解无误，且同意以此为依据与贵公司签署保险合同。  投保人（签章）：_____ 年____月____日			
核保人：		业务员：	