

保险公司客户经理填写

人员清单	张	健康告知书	张	其它:
销售渠道:				是否为续保: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
代理机构名称及代码:				比例: 销售人员及代码:
代理机构名称及代码:				比例: 销售人员及代码:
承保机构信息				
机构代码:		机构名称:		业绩归属比例:
客户经理签字:	业务代码:	分佣比例:	联系电话:	
客户经理签字	业务代码:	分佣比例:	联系电话:	
代理人签字:	业务代码:	分佣比例:	联系电话:	
代理人签字:	业务代码:	分佣比例:	联系电话:	
业绩归属机构信息 (统括业务需填写)				
机构代码:		机构名称:		业绩归属比例:
客户经理签字:		业务代码:		分佣比例:
客户经理签字		业务代码:		分佣比例:
保单服务信息 (统括业务需填写)				
服务机构代码:			服务机构名称:	
短信服务: <input type="checkbox"/> 理赔 IBP 返盘发短信 <input type="checkbox"/> 结案发短信 <input type="checkbox"/> 签单发短信 <input type="checkbox"/> 生日发短信			邮件服务: <input type="checkbox"/> 理赔结案发邮件: <input type="checkbox"/> 理赔 IBP 返盘发邮件	

据您所知，客户的投保行为是否受“除投保人、被保险人、受益人以外的人员或机构（即第三方）”的要求或是由其提供资金而发生的： ☐是 ☐否

1、若“是”，请提供以下有关第三方的信息：

姓名/机构名称:	联系方式:
与投保人关系:	地址:

2、若无法进行识别，但有理由怀疑存在第三方时，请说明：

--

保险公司团险运营人员填写

报价单号:			
核保意见:			
核保人员签字:		日期: ____年____月____日	
初审		扫描	
初审日期		扫描日期	