

# 史带爱相随菁英健康保障计划投保单

请以正楷字体完整填写投保单各项内容，如有涂改，请于涂改处签名确认。

投保人姓名：		出生日期 年 月 日			身份证号码：		
联系地址：						邮编：	
联系电话：			电子邮件：			与被保险人关系：	
被保险人： <input type="checkbox"/> 同投保人		出生日期 年 月 日			身份证号码：		
职业：		工作单位：				性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
投保计划 (保费)	<input type="checkbox"/> 计划A	18~35岁	36~45岁	46~50岁	51~55岁	56~60岁	61~65岁
	<input type="checkbox"/> 计划B	260元	360元	570元	980元	1,250元	1,550元
	<input type="checkbox"/> 计划C	620元	780元	1,100元	1,750元	2,160元	2,650元
	<input type="checkbox"/> 计划D	960元	1,160元	1,580元	2,380元	2,880元	3,520元
	<input type="checkbox"/> 计划E	470元	630元	950元	1,600元	2,010元	2,500元
	<input type="checkbox"/> 计划E	810元	1,010元	1,430元	2,230元	2,730元	3,370元
身故保险金 受益人	指定受益人姓名	指定受益人身份证号码		与被保险人关系	分配比例%	若身故受益人资料空白，则身故保险金受益人默认为法定；若未填写受益份额，身故保险金受益人按照相等份额享有身故保险金。	

## 保障计划（人民币元）

保障利益	保险金额				
	计划 A	计划 B	计划 C	计划D	计划E
意外身故及伤残	100,000	300,000	500,000	200,000	400,000
公共交通工具（民航客机）意外身故及伤残	200,000	600,000	1,000,000	400,000	800,000
公共交通工具（民航客机除外）意外身故及伤残	100,000	300,000	500,000	200,000	400,000
自驾车意外身故及伤残	100,000	300,000	500,000	200,000	400,000
意外医疗费用补偿（无免赔额，扩展社保外医疗）	5,000	15,000	25,000	10,000	20,000
意外每日住院补贴（普通病房）	100/天	300/天	500/天	200/天	400/天
意外每日住院补贴（重症监护病房）	200/天	600/天	1,000/天	400/天	800/天
重大疾病	50,000	80,000	100,000	80,000	100,000
猝死保障	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000

### 投保须知：

1. 本保障的被保险人为身体健康、能正常工作或正常生活的自然人。
2. 被保险人职业必须为 1-3 类职业，详细请参见史带财险职业分类表。
3. 重大疾病保险有 90 天等待期；续保没有等待期；本保险计划不承保被保险人在等待期内身患的疾病或出现的症状及既往病症。
4. 重大疾病包含 30 种疾病；猝死指被保险人遭遇非意外伤害事故，于 6 小时内身故；前述保障内容详见保单条款。
5. 本保险计划的投保年龄为 18 至 65 周岁，以申请时被保险人的周岁年龄为准，保障期为一年，“意外医疗费用补偿”的保障范围为中华人民共和国境内。
6. 本产品仅限在本公司所属分支机构区域的常住居民投保。
7. 退休人员、家庭主妇只能参与投保计划 A。
8. 被保险人因同一意外事由入住普通病房的给付天数不超过 100 天，其中入住重症监护病房给付天数不超过 30 天。
9. 理赔时必须由投保人在保单生效日之前亲笔签名的投保单，方可进行理赔，否则保险公司有权不承担相关保险责任；本计划不承保在北京市平谷区任一医院发生的治疗。请注意：北京平谷区所有医院的就医均不予理赔。
10. 此保险计划仅承保在保险期间内有 182 天以上居住在中华人民共和国境内（不包含香港、澳门和台湾）的中国籍人员。
11. 对于投保计划 C 的被保险人，其月固定收入不得低于 8,000 元人民币，保险人保留要求被保险人提供其投保时固定收入证明作为索赔必要材料的权利。
12. 每个被保险人限购一份，多投无效，不同计划重叠购买的无效。若被保险人在保单有效期内自愿投保由本公司承保的多份保险产品（不包括团体保险），且在不同保险产品或同一保险产品的不同计划中有相同保障或相同保险利益的，保险人仅按相同保障或相同保险利益中保险金额最高者做出赔偿，并退还其他保险或计划项下已收取的相应保障或保险利益的保险费。

### 投保人及被保险人声明

1. 本人兹申请投保史带财产保险股份有限公司（以下简称“贵公司”）的《史带爱相随菁英健康保障计划》，并声明本人在被保险人简易健康问卷中所做陈述及提供的各项细节属真实无讹，且没有隐瞒任何重大事实以影响贵公司评估风险或接受本投保申请。本人同意本投保单以及本人所填写的健康问卷将会构成投保人与贵公司所签署的保险合同的依据。若未能披露与本保险相关之重大事实将可能导致贵公司不承担任何保险责任。保险合同生效日期以保险单所载生效日期为准，贵公司承担保险责任须以投保人缴付约定保险费并经贵公司同意承保为前提。
2. 本人确认并认真填写下页中的健康问卷，并保证所有信息属实。
3. 本人同意贵公司为承保的目的收集本人的个人资料（该资料不论是从本投保单上或其他地方所获取）并授权可由贵公司或任何与贵公司有关的机构或其他人士（不论在中国或海外地方）持有、转告及用于（1）处理及审核本投保单或其他保险事宜（2）提供与该保险有关之服务，及（3）与本人联络的用途。
4. 在中国法律允许或要求的范围内，本人同意并授权贵公司可将个人信息及保单信息提供给当地保险行业协会的保险信息平台以做合理利用。
5. 本人同意贵公司通过本人提供的手机号码免费提供投保短信提示（限北京地区投保）。
6. 本人确认：本人已经认真阅读保险合同所载明的约定，尤其是产品等待期及免除保险人责任的约定，并对贵公司就保险合同的内容说明和提示完全理解，没有异议，申请投保。本人知晓所有保险责任均以本保险合同所载为准。
7. 本人明白：于订立本保险合同同时或因履行本保险合同发生争议时，本人可与贵公司协商选择以诉讼或仲裁的方式，解决因履行保险合同发生的争议。

保险合同届满时，保险人将自主根据续保当时可提供的最新的产品状况及被保险人的赔付记录等因素综合考量确定是否继续承保，并根据续保时本合同所承保的风险以及与被保险人于续保时年龄对应核定的费率计算续保保费；若有续保保费需做出调整，保险人将书面通知投保人。若投保人对于续保决定有异议，可以在收到续保单的三十天内书面通知保险公司。

口本人在此声明同意上述续保规定，若保险公司做出续保决定且本人未在上述期限内提出异议，则同意续保。

为了维护您的利益，请勿在空白投保单上签名，投保人/被保险人需详细填写投保单上所列资料，并亲笔签名确认。

投保人签名：\_\_\_\_\_

被保险人签名：\_\_\_\_\_

投保日期：\_\_\_\_\_

# 被保险人简易健康问卷

1. 被保险人在最近2年内是否曾在申请如寿险、意外伤害保险、重大疾病保险、医疗健康保险等任何保险计划时，被延迟、被拒保、或附加或修改任何承保条件（如增加保费或特别免责条款）。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 被保险人在过去2年内是否做过以下一项或几项检查并且检查结果有异常？ X光、B超、彩超、CT、核磁共振、内窥镜、病理活检、眼底检查、血液检查。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 被保险人在过去5年内是否曾经住院？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 是否接受过医师的住院或手术建议？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 被保险人是否曾经患有、被告知患有或正在患有下列疾病或症状？ 多发性硬化、癫痫、脊髓疾病、脑中风、短暂性脑缺血发作、脑炎、脑膜炎、帕金森氏病、脑外伤后综合症、精神病、白内障、青光眼、视神经或视网膜病变、高血压（在未服抗压药的情况下，血压的收缩压≥140mmHg或舒张压≥90mmHg）、冠心病、心肌病、心脏病、心内膜炎、心律失常、支气管扩张、肺结核、哮喘、胸膜炎、肝炎、肝硬化、胆道感染、胰腺疾病、萎缩性胃炎、肾炎、肾病综合症、肾功能衰竭、多囊肾、糖尿病、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、系统性红斑狼疮、风湿或类风湿病、肌肉骨骼关节疾病、贫血、血小板减少性紫癜、过敏性紫癜、淋巴瘤、骨髓瘤、血友病、白血病、癌症、肿瘤、息肉、囊肿、性传播疾病、艾滋病、成瘾性药物或毒品接触史、皮肤疾病、任何包块或肿物、先天性疾病、遗传性疾病、职业病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. 是否存在下列任意一项： 身体机能存在聋或哑，失明，脊柱、胸廓畸形，四肢、手足缺损或畸形，瘫痪或植物人状态；一周内体重增加或减少5千克；曾经或者正在接受透析、放疗、化疗或介入治疗	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7. 是否有智能障碍、躯体畸形或功能障碍？是否有言语、咀嚼、视力、听力等机能障碍？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

被保险人签名：\_\_\_\_\_ 签署日期：\_\_\_\_\_

【以下由代理人/经纪人公司及保险公司填写】

代理人/经纪人公司填写专用栏			史带财险专用栏		
单位		业务员签名	核保人员签字		核保时间
备注		日期	出单人员		出单时间
公司发票	名称：		保单号码		备注

# 续期保费银行转账授权声明

- 以下所列授权银行账户的所有人兹同意以此账户作为投保人交纳续期保险费之用，并同意按银行的各项规定执行。
- 保险期间届满时或之前，投保人向贵公司缴付续期保费以示续保（投保人承诺上述授权银行账户内存有续保所需的足够金额），经贵公司扣款成功并审核通过后将自动按逐个保险期间续保，保险期间以保险单所示为准。如投保人无意续保，会在保险单满期日三十天前以书面的方式通知到贵公司以示不再续保，否则贵公司将视作投保人同意续保并于满期日从投保人的授权账户中收取相应的保险费，并不再另行通知。
- 投保人明白：保险合同可按上述续保方式续保至被保险人达到本合同投保单上所约定的最高承保年龄后的首个保险单满期日。
- 投保人明白：贵公司将自主根据续保当时可提供的最新产品状况及被保险人的赔付记录等因素综合考量，以确定是否继续承保，并根据续保时本合同所承保的风险及与被保险人于续保时年龄对应核定的费率计算续保保费；若续保保费需做出调整，贵公司将书面通知投保人。若投保人对于续保决定有异议，可以在收到续保保单的三十天内书面通知保险公司。

## 银行账户信息

- 银行账号用户名：\_\_\_\_\_
- 投保人姓名：\_\_\_\_\_
- 投保人与账号持有人关系：本人 其它 \_\_\_\_\_
- 续期保险费：以被保险人于续保时最新年龄所对应核定的费率计算
- 银行账号信息：您可以使用以下方式来支付保费  
 银行借记卡 工商银行 建设银行 中国银行 招商银行 农业银行  
广发银行 光大银行 平安银行（深发）民生银行 兴业银行  
 卡号 / 银行账号：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- 银行转账授权声明：本人在此授权史带财产保险股份有限公司从本人指定银行账户中扣取上述保险费总额。

投保人签名（请与该银行账号用户名一致）：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_