

太平财产保险有限公司
TAIPING GENERAL INSURANCE CO.,LTD.

个人人身保险投保单

投保须知	<p>1、在您填写本投保单前，请您仔细阅读所投保险种的保险条款，尤其是黑体字标注部分的条款内容，并听取我公司业务人员的说明，如对我公司业务人员的说明不明白或有异议的，请在填写本投保单之前向我公司业务人员进行询问，如未询问，视同已经对条款内容完全理解并无异议。</p> <p>2、投保单为保险合同的重要组成部分，请准确、真实填写，并由投保人、被保险人或其法定监护人亲笔签名。如无特别声明，我公司将以您本次填写的地址为您的最新地址。如有地址变更，请及时通知我公司，以便为您提供服务。</p> <p>3、根据《中华人民共和国保险法》规定，我公司有权对投保人、被保险人的有关情况进行询问，您应如实告知；如您未如实告知，我公司有权在法定期限内解除合同，并依法决定是否对合同解除前发生的保险事故承担保险责任。</p> <p>4、您此次所投保的保险自交足首期保险费并经我公司审核同意承保后开始生效，保险期间以保险单所载日期为准。</p> <p>5、按照国家保险监管机关的规定，投保的未成年人被保险人（不满18周岁）累计身故保险金额最高为10万元，本保险所涉及保险保障中累计身故保险金额适用此规定。</p> <p>6、本公司根据《职业分类表》判定投保人与被保险人的职业类别，如表中无明确对应的职业，将比照表中类似职业确定其职业类别。有兼职的（或偶尔从事更高风险等级工作的），按其所从事的职业中风险等级最高者确定职业类别。本公司职业分类表您可以拨打本公司统一服务热线95589查询，也可以登陆本公司网站www.etaiping.com查询。</p> <p>7、为保护您的权益，本合同生效后，您可以拨打本公司统一服务热线95589查询保单号码及保单信息，也可以以保单号码和被保险人个人信息登陆本公司网站www.etaiping.com查询保单信息。</p> <p>8、请在发生保险事故后24小时以内拨打保险公司全国统一服务热线95589报案。</p> <p>9、一切口头的与本投保单各事项及保险条款内容不符的说明、承诺或解释均无效。</p>
------	--

客户信息

投保人	姓 名		性 别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出 生 日 期	年 月 日
	证 件 类 型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军人证 <input type="checkbox"/> 驾驶证 <input type="checkbox"/> 港澳台同胞证 <input type="checkbox"/> 中国护照 <input type="checkbox"/> 其他证件：_____			证 件 号 码	
	通 信 地 址				邮 政 编 码	
	工 作 单 位				职 业 / 工 种	
	联 系 电 话	办公电话：_____ - _____ 家庭电话：_____ - _____ 移动电话：_____				

被保险人	与投保人关系： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____（若为投保人本人时，可免填以下资料）					
	姓 名		性 别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出 生 年 月	年 月 日
	证 件 类 型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军人证 <input type="checkbox"/> 驾驶证 <input type="checkbox"/> 港澳台同胞证 <input type="checkbox"/> 中国护照 <input type="checkbox"/> 其他证件：_____			证 件 号 码	
	工 作 单 位 或 就 读 学 校				职 业 / 工 种 或 所 在 班 级	
	联 系 电 话	办公电话：_____ - _____ 家庭电话：_____ - _____ 移动电话：_____				

身故受益人	受益方式： <input type="checkbox"/> 顺位 <input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 比例 <input type="checkbox"/> 法定受益人					
	受益顺序	姓名	性别	出生日期	与被保险人关系	受益份额%

要约内容

保险期间	共_____个月(天)，自_____年_____月_____日零时起至_____年_____月_____日二十四时止或合同列明的终止性事故发生时止。					
保险保障	险种名称	险别	保险金额/赔偿限额	份数/档次/款型	保险费	免赔说明
投保贷款人意外险 请填写本栏	发放贷款机构			贷款合同号		
	贷款金额			贷款期限 _____年_____月_____日至_____年_____月_____日		
投保旅游意外险 请填写本栏	旅行社名称			旅 行 类 型	<input type="checkbox"/> 境内旅游 <input type="checkbox"/> 境外旅游 <input type="checkbox"/> 商务旅行 <input type="checkbox"/> 境外留学 <input type="checkbox"/> 境外探亲 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
	旅行区域	旅行行程				
约定使用车辆 请填写本栏	行驶证车主	车牌号		核 准 座 位 数	_____座	

备注					
保险费合计（大写）：人民币			（小写）¥：		
币种： <input type="checkbox"/> 人民币 <input type="checkbox"/> 其他_____ 交费方式： <input type="checkbox"/> 一次交清/趸缴 <input type="checkbox"/> 年缴 <input type="checkbox"/> 其他_____					
支付方式： <input type="checkbox"/> 现金 <input type="checkbox"/> 银行转账 <input type="checkbox"/> 支（汇）票 <input type="checkbox"/> POS机					
开户银行		账户名称		银行账号	
合同争议解决方式： <input type="checkbox"/> 诉讼 <input type="checkbox"/> 仲裁（若选择仲裁，请在此处明确填写仲裁机构全称：_____仲裁委员会）					
承保地区					

告知事项

1、目前能否正常工作、学习？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2、除本公司产品外，是否已购买或正在申请任何其他保险公司的人身保险合同？若“是”请详述公司名称、险种、保险金额、申请或购买日期；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3、过去两年是否曾被保险公司解除合同或申请人身保险而被延期、拒保或附加条件承保？若“是”请详述；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4、是否曾向任何保险公司提出过索赔申请？若“是”，请详述索赔险种、索赔时间、索赔原因；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5、是否正在或计划参加私人性质飞行、潜水、拳击、攀岩、赛车、漂流等危险运动或有此类嗜好？若“是”请详述；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6、过去有无服用违禁药物、毒品；或曾因饮酒、吸毒或服用药物而需要接受治疗或辅导？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7、有无先天性、遗传性疾病或畸形；有无身体残疾及智力障碍？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8、是否曾在境外居住超过三个月或正计划前往境外？若“是”请详述；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
9、是否为职业司机？若“是”请详述车辆种类、载重量或载人人数量；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
10、是否享有社会医疗保险或公费医疗保障？如“是”，请详述参保情况；	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
11、只适用于16岁以上女性被保险人：现在是否怀孕？如是，已怀孕_____月。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

上述2-11项告知如有任何答案为“是”者，请注明编号并详细说明。

特别约定

--

声明与授权

1、贵公司所提供的投保单已附保险条款，已对保险合同的条款内容履行了说明义务，并对免除保险人责任的条款履行了提示和明确说明义务。本人所填投保单各项及告知事项均属实并确无欺瞒。上述一切陈述及本声明将成为贵公司承保的依据，并作为保险合同一部分。如有不实告知，贵公司有权在法定期限内解除合同，并依法决定是否对合同解除前发生的保险事故承担保险责任。

2、本人谨此授权凡知道或拥有任何有关本人健康及其它情况的任何医生、医院、保险公司、其它机构或人士，均可将有关资料提供给贵公司。此授权书的影印本也同样有效。

3、本人已知晓：

(1) 具有续保条款的意外险或健康险产品，贵公司将按续保期间开始时被保险人的年龄和职业、上年度保额等费率计算因子重新计算续保合同保费，并保留拒绝续保、对承保条件做出相应调整的权利。

(2) 具有续保条款的意外险或健康险产品，如果被保险人的职业（或工种）、健康状况等发生变化或在保险期间发生保险事故，本人有义务在续保之前以书面形式如实告知贵公司。

4、投保授权声明（投保人非被保险人本人或法定监护人时填写）：

作为被保险人本人或法定监护人，本人同意投保人（姓名）_____为被保险人投保贵公司的保险产品及其基本保险金额，并同意本投保单中设定的受益人、受益顺序及受益份额。

授权人签名：_____ 授权日期：_____年_____月_____日

投保人签章：_____ 投保日期：_____

被保险人（或监护人）签章：_____

以下内容由保险公司人员填写

出单机构代码	业务归属机构代码	是否属涉农业务	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
询价价号	是否我司续保业务： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是。如是，则上年保单号码：_____		
<input type="checkbox"/> 直接业务 渠道小类代码： 业务员代码：	<input type="checkbox"/> 其他业务 中介人协议号： 子协议代码：	<input type="checkbox"/> 寿销产业 中介人协议号： 子协议代码： 寿险业务员代码： 寿险综合开拓专员代码：	投保资料交接清单： 1、高额问卷：_____页； 2、健康问卷：_____页； 3、其它_____。
初审意见： <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意，原因：			初审员签章：
核保员意见： <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意，原因：			核保员签章：