

银行保险投保单 【银行代理保险专用】

欢迎您选择和谐健康保险股份有限公司（以下简称“我公司”或“和谐健康保险公司”）购买保险，在填写投保单之前，请您详细阅读投保单背面的《投保须知》。

【客户资料栏】

投保人	*姓名： 张三		*性别： <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		*出生日期： 1989年01月01日		国籍(外籍人士填写)：						
	*证件类型： <input checked="" type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他：			*证件有效期至： 2027-10-01			工作单位： XX公司						
	*证件号码： 510111198901011111		*职业： 内勤				*职业代码： 3010101						
	*常住地址： 四川省成都市高新区区/县天府大道北段966号						*邮政编码： 610000						
	*回访电话选择(必填其一)： <input type="checkbox"/> 住宅电话：		<input type="checkbox"/> 办公电话：		<input type="checkbox"/> 移动电话： 13111111111								
*保单接收方式： <input checked="" type="checkbox"/> 纸质保单 <input type="checkbox"/> 电子保单			电子邮箱： _____@_____			居民类型： <input checked="" type="checkbox"/> 城镇 <input type="checkbox"/> 农村							
被保险人	*是投保人的： <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他_____ (若被保险人与投保人为同一人，可免填被保险人栏)												
	*姓名：		*性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		*出生日期： 年 月 日		国籍(外籍人士填写)：						
	*证件类型： <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他：			*证件有效期至：			工作单位：						
	*证件号码：		*职业：				*职业代码：						
	*常住地址： 省 市 区/县				*邮政编码：		*联系电话：						
受益人	*身故受益人： <input type="checkbox"/> 是被保险人的法定继承人 <input type="checkbox"/> 指定为以下人员(如未填写，身故受益人默认为被保险人的法定继承人)												
	是被保险人的	姓名	性别	证件类型	证件号码及证件有效止期		出生日期	国籍	职业	住址	联系电话	受益顺序	受益比例
					至 年 月 日								
					至 年 月 日								
	受益人住址：1 同投保人 2 同被保险人 3 其他，请说明_____												

【投保事项栏】

*投保套餐/险种名称	*保险期间	*交费期间	*保险费(元)	基本保险金额/份数
和谐安赢财富计划(至尊版)	终身	趸交	100000	100份
*保险费合计:(人民币大写) 壹仟零万零仟零佰零拾零元整 (小写)¥: 100000 元				
*交费频率： <input checked="" type="checkbox"/> 趸交 <input type="checkbox"/> 年交 <input type="checkbox"/> 月交 <input type="checkbox"/> 其它_____				

【账户信息栏】

*首期交费方式： <input type="checkbox"/> 银行柜面缴费 <input checked="" type="checkbox"/> 委托银行扣收		续期交费方式： <input type="checkbox"/> 委托银行扣收		*账户持有人(投保人)姓名： 张三					
*开户银行： 四川省/自治区成都市民生银行高新支行			*账户号： 112345678910123						

【投保人、被保险人确认】 询问事项栏、投保须知、投保人与被保险人/监护人的声明及授权(具体确认内容请见本投保单背面)

*请投保人在下方空格处亲笔抄写“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”。

本	人	已	阅	读	保	险	条	款	、	产	品	说	明	书	和	投	保	提	示	书	，
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	。			
了	解	本	产	品	的	特	点	和	保	单	利	益	的	不	确	定	性	。			

*投保人签名：**张三** *被保险人/监护人签名：**张三** *投保申请日期：**2016年3月1日**

【银行填写栏】

*代办人姓名： 王二	*代办人代码： *****	*代理单位代码： *****	*代理单位名章： 民生银行高新支行
-------------------	----------------------	-----------------------	--------------------------

【保单回执栏】(注：本栏由银保通客户填写。客户签收保险合同的次日起，有15天(含)的犹豫期，犹豫期的相关权利详见保险条款。)

本人已经收到贵公司签发的保险合同(包括保险单、条款、产品说明书和收费凭证)，确认本保险合同所载内容准确无误，投保单上有关投保人及被保险人情况的所有陈述均真实，并经投保人、被保险人或其监护人亲笔签名确认。

为保护您的合法权益，请通过拨打我公司全国统一客服热线028-956076、登陆网站www.hexiehealth.com或咨询我公司柜面服务人员等方式，查询、核对您的保单信息(对保险期限一年期以上的健康险保单，建议在收到本保单的次日起15日内完成首次查询)。

投保人签名：_____ 保单签收日期：_____年 月 日

【询问事项栏】为了保障您的合法权益，请被保险人认真阅读、如实回答和填写下述询问事项，并在选项后的“□”中打“√”。		是	否
*健康告知栏	1. 您过去一年内是否曾因疾病接受连续住院 7 天以上或累计用药超过 3 个月？	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	2. 您是否存在身体残障、畸形或智能障碍，如失明、聋哑或身体其他部位的残疾或功能障碍？	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	3. 您是否在投保本公司或其他保险公司产品时被拒绝投保或延期承保？	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	4. 您是否酗酒，曾经企图自杀，曾经或正在使用迷幻药、毒品或违禁药品？	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	5. 您是否被诊断或被检查提示为患有下列疾病：恶性肿瘤、良性脑肿瘤、癫痫、智能障碍、脑血管疾病、重症肌无力、多发性硬化、高血压、心脏病、心肌梗塞、支气管扩张、哮喘、肺心病、肝硬化、肾功能不全、尿毒症、系统性红斑狼疮、再生障碍性贫血、重度贫血、恶性组织细胞病、糖尿病、精神疾病、艾滋病或 HIV 呈阳性者或其它严重慢性疾病？	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
*职业及其它告知栏	6. ①您的职业是否涉及下列内容：高空、空中、水下、海上或地下作业或活动、接触易燃易爆及有毒物品、镇暴或军警行动、驯兽员、特技表演、搏击类运动、滑雪、摔跤、拳击、马术等高危行业或危险工作？②您是否有赛车、赛马、蹦极、攀岩、潜水、登山、私人飞行、探险或其它危险活动的爱好？③是现役军、警人员中的下列人员：军校学生或入伍受训新兵、空军飞行员、前线军人、特种部队人员、防暴警察及负有特殊任务者。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	7. 近一年，您是否计划前往伊拉克、伊朗、阿富汗、朝鲜、利比亚等局势紧张或有战乱的国家居住或工作？	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
未成年人告知栏	8. 您在我公司或其他保险公司正在购买或曾经购买（目前仍然有效或失效时间不足 2 年）含有身故责任的人身保险，其累计身故保险金额是否超过相关规定限额。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*收入告知	投保人定年收入约 <u>10</u> 万元，主要来源： <u>①</u> ；投保人家庭年收入约 <u>10</u> 万元，主要来源： <u>①</u> ； 被保险人固定年收入约 <u>10</u> 万元，主要来源： <u>①</u> ；投保人保费预算约 <u>10</u> 万元。 收入来源选择： <u>①</u> 工薪 <u>②</u> 私营 <u>③</u> 房租 <u>④</u> 证券投资 <u>⑤</u> 银行利息 <u>⑥</u> 其他_____。		
上述询问事项，如勾选为“是”，请详细说明发病原因、时间、阳性的检查结果、治疗方式、就诊医院、诊断结果。			
说明栏	张三		

【投保须知】（注：为了保护您的合法权益，请您在投保时务必仔细阅读以下投保须知内容）

尊敬的客户：欢迎您选择和和谐健康保险公司（以下简称我公司）投保，请您在填写投保单前仔细阅读以下事项：

- 投保单是保险合同的重要组成部分，请您在我公司销售员的指导下用黑色签字笔准确、如实、清晰填写，并在适当的数字或方框内打“√”，请勿涂改。投保人、被保险人/监护人签名处须由本人亲笔签名，代签无效。
- 请您仔细阅读所投保险种的相关保险条款，特别提醒您注意保险责任、责任免除、犹豫期、合同生效和合同解除等条款内容。健康保险，还要了解保险期间和续保、保险责任、等待期等内容。
- 根据国务院保险监督管理机构的规定，父母为其未成年子女投保的人身保险，在被保险人成年之前，各保险合同约定的被保险人死亡给付的保险金额总和、被保险人死亡时各保险公司实际给付的保险金总和应符合中国保监会的有关规定。请您仔细计算并如实填写被保险人可投保的身故责任保险金额，**如果您已在其他保险公司为您的未成年子女投保了人身保险，请您如实详细告知投保险种及保险金额等**，以免在申请给付身故保险金时影响您和受益人的合法权益。
- 请您根据自身财务状况，选择合适的交费期限和交费金额，如果无法持续交纳保险费可能导致合同效力中止或保险合同解除。
- 本保险合同自我公司同意承保、收取首期保险费并签发保险单开始生效，具体以保险单载明的日期为准。
- 请您注意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，均属无效。
- 我公司采集客户信息特别是联系电话和联系地址的用途，包括但不限于计算保费、核保、寄送保单和客户回访等方面。请您务必填写真实联系方式，确保重要信息能得到及时通知。
- 为了维护您的合法权益，请您务必准确填写本投保单列示的各项信息，包括投保人、被保险人和指定受益人的姓名、性别、出生日期、身份证件或身份证明文件的类别、号码、职业，以及投保人的联系电话、联系地址和被保险人与投保人的关系等。如上述信息发生缺失或错误，应补充或更正，否则我公司无法受理您的投保申请。如您提供的客户信息不真实、不完整，将有可能无法有效获得我公司提供的服务，甚至导致保险合同的解除。
- 我公司承诺：未经客户同意，不会将客户信息用于我公司和第三方机构的销售活动。

【投保人与被保险人/监护人的声明及授权】

- 本人已认真阅读了贵公司投保单所附的投保须知、人身保险投保提示和所投保险种条款的各项内容，且销售人员对条款内容特别是保险责任、责任免除和解除保险合同等条款进行了详细解释与明确说明，本人均已理解并同意接受。
- 本人知晓投保期交型产品，对于含有持续交费奖金的产品，续期保险费未按约定交纳将无法获得贵公司提供的持续交费奖金返还。
- 本人如购买《安赢一号护理保险》，已知悉该主险按份数销售，每份保险合同 1000 元。在保险合同生效后两年内退保，贵公司仅退还主险的现金价值。
- 本人所填写投保单各项内容均完整、真实、无误，如有隐瞒或告知不实，贵公司可依据《中华人民共和国保险法》规定解除保险合同，并对合同解除前发生的保险事故不承担保险责任。
- 本人谨此授权贵公司可以向任何知道或拥有本人健康等情况的机构或人员，查阅、复印和了解与投保人及被保险人情况有关的医疗记录、体检报告、病历资料以及其它有关证明文件。贵公司有权对本人进行医疗评估、测试、体检及其它医疗检查，并作为审核本投保单及评估与本投保单内容有关的理赔申请依据。本声明及授权书影印本同样有效。
- 本人同意委托贵公司，从本人填写的投保单中银行账户划付保险合同中约定的所需交纳的保险费，并保证有足够的金额支付应交保险费。
- 本人填写的投保单中授权银行账户所有人为投保人本人，本人确认授权银行的开户银行、户名和账号均真实有效，续期交费账户与首期保费交纳账户为同一账户。
- 本人同意若因账户挂失、账户冻结、账户余额不足或其他非银行原因造成转账不成功，致使产生保险合同终止的任何后果或投资账户的费用损失，因此引起的责任概由本人承担。
- 如本人在同一指定账户内同时授权支付两张或两张以上保险单中约定的保险费或其他自动转账业务时，本人同意依照贵公司规定的转账顺序转账。
- 本人投保后若办理退保或退费业务，同意贵公司应将应退金额通过银行划转入该账户。
- 本人因故结清账户，会重新开立账户，并及时通过贵公司进行变更。如本人欲终止本授权，应立即向贵公司递交终止的书面申请，由贵公司知会银行停止转账。
- 本人同意贵公司于保险合同成立后 30 日内进行首期保险费的划转；对于一年期以上的产品，贵公司可在保险费约定支付日之前及时通知本人交纳续期保险费。

【保险公司填写栏】

*客户经理代码： *****	*客户经理姓名： 李四	*日期： 2016 年 3 月 1 日
*初审员姓名及工号： 王五****	*初审日期： 2016 年 3 月 2 日	*扫描员姓名： 王五 *扫描日期： 2016 年 3 月 2 日