

中国平安财产保险股份有限公司

服务热线：95511

意外伤害保险和健康保险投保单（团体）

投保须知

- 1、本投保单为投保人与保险公司所订立保险合同的重要组成部分，请投保人认真阅读本投保须知、相关的产品说明书和保险条款，在确认已充分理解保险责任、责任免除条款、保险合同解除条款后再作出投保决定。
- 2、依据保险法的规定，投保人、被保险人必须如实告知，投保人故意不履行如实告知义务的，保险人有权依法解除保险合同，并对保险合同解除前发生的保险事故不承担保险责任。所有告知事项以书面告知为准，口头告知无效。
- 3、保险合同自保险公司收到保险费同意承保并签发保单时成立，保险合同生效日以保险单载明的日期为准；如保险公司经审核不同意承保，将无息全额退还暂收保险费，并收回有关收据。
- 4、投保人在签收保险单后十日内可提出解约（保险期间不足一个月的极短期险除外），保险人在扣除工本费后退还所交保费；超过10日可以申请退保，申请退保的按条款约定办理。但已出险并申请索赔的保单将不再接受退保申请。
- 5、投保单填写：投保单应由投保人用蓝黑、炭素墨水笔以正楷填写，字迹清晰，不得涂改，被保险人清单填写必须清楚详细，内容填写完整，包括姓名、身份证号码等。填写完毕确认时，须加盖投保单位公章且投保单位负责人须亲笔签名，如为他人代填，投保单位须审核无误后签章确认。否则，本保险合同无效。
- 6、如有不明之处，请向本保险公司业务员咨询，或致电本保险公司客户服务中心。
- 7、收到本公司出具的正式保险单后请详细审阅保单上各项内容及有关条款，如有错漏请及时通知本公司更正。
- 8、填写的内容说明：请在适当的□加上“√”，请在___处，准确填写相应信息，“*”部分为必填项，空白无效。如果您填写手机号码，我们将为您提供免费的投保短信提示；

☆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

团 体 保 人 信 息	*投保人名称 _____ *单位总人数 _____
	*所属行业： <input type="checkbox"/> 1、农、林、牧、副、渔业 <input type="checkbox"/> 2、采矿业 <input type="checkbox"/> 3、制造业 <input type="checkbox"/> 4、电力、燃气及水的生产供应业 <input type="checkbox"/> 5、建筑业 <input type="checkbox"/> 6、交通运输、仓储和邮政业 <input type="checkbox"/> 7、信息传输、计算机服务及软件业 <input type="checkbox"/> 8、批发和零售业 <input type="checkbox"/> 9、住宿和餐饮业 <input type="checkbox"/> 10、金融业 <input type="checkbox"/> 11、房地产业 <input type="checkbox"/> 12、租赁和商务服务业 <input type="checkbox"/> 13、科学研究、技术服务和地质勘察业 <input type="checkbox"/> 14、水利、环境和公共设施管理业 <input type="checkbox"/> 15、居民服务和其他服务业 <input type="checkbox"/> 16、教育 <input type="checkbox"/> 17、卫生、社会保障和社会福利业 <input type="checkbox"/> 18、文化、体育和娱乐业 <input type="checkbox"/> 19、公共管理和社会组织 <input type="checkbox"/> 20、国际组织 <input type="checkbox"/> 21、其他
	*组织机构类型： <input type="checkbox"/> 1、自然人 <input type="checkbox"/> 2、个体工商户 <input type="checkbox"/> 3、企业非法人 <input type="checkbox"/> 4、企业法人 <input type="checkbox"/> 5、机关法人 <input type="checkbox"/> 6、机关非法人 <input type="checkbox"/> 7、事业法人 <input type="checkbox"/> 8、事业非法人 <input type="checkbox"/> 9、社团法人 <input type="checkbox"/> 10、社团非法人 <input type="checkbox"/> 11、工会法人 <input type="checkbox"/> 12、民办非企业单位 <input type="checkbox"/> 13、其他
	*证件类型： <input type="checkbox"/> 1、组织机构代码证 <input type="checkbox"/> 2、工商登记证 <input type="checkbox"/> 3、税务登记证 <input type="checkbox"/> 4、其他证件
	*证件号码 _____
	*通讯地址 _____ 省/直辖市 _____ 市 _____ 区/县 _____ *邮政编码 _____
	*保险联系人姓名 _____ 联系人E-mail _____
	*联系人电话（移动电话）：（二选一必录项） 1) 固定电话：国际区号 _____ 区号 _____ 号码 _____ 分机 _____ 2) 移动电话： _____
	公司电话：国际区号 _____ 区号 _____ 号码 _____ 分机 _____
	*投保总人数 _____ *主保险人人数 _____ 连带被保险人人数 _____ 退休人员占比 _____ % *投保日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 *保险起期： _____ 年 _____ 月 _____ 日
*保费合计（人民币大写）： _____ 仟 _____ 佰 _____ 拾 _____ 万 _____ 仟 _____ 佰 _____ 拾 _____ 元 _____ 角 _____ 分 （¥ _____ 元）	
付款 信息	*付款人 _____ *缴别 <input type="checkbox"/> 1、趸交 <input type="checkbox"/> 2、月缴 <input type="checkbox"/> 3、季缴 <input type="checkbox"/> 4、半年缴 <input type="checkbox"/> 5、年缴 *收付方式 <input type="checkbox"/> 1、公司柜面 <input type="checkbox"/> 2、银行柜面 币种：人民币
*特别约定： <input type="checkbox"/> 1、无特殊约定的记名投保业务：被保险人及职业类别以被保险人清单为准。 <input type="checkbox"/> 2、其他。（请填写或打印在空白处）	

投保种信息（如果保障层级超过5个可附表）

产品名称	层级名称	职业类别	份数	人数	每人保费（元）
总保费（元）					

团体投保人告知声明书

被 保 险 人 健 康 告 知	有无员工目前在病假中？ 近一年内有无因患病而不能全勤工作或减轻劳动量的员工？ 现在或者过去有无患肿瘤、心肌梗塞、白血病、肝硬化、中慢性肝功能衰竭、再生障碍性贫血、先天性疾病、帕金森病、精神病、癫痫病、法定传染病、艾滋病等病症的员工？ 过去五年内是否有患子宫、乳房、卵巢等生殖系统方面疾病的女员工？ 有无身体残障的员工？ 如有任一被保险人（连带被保险人）存在上述情况，请在“有□”打上√，并详述或填写个人的告知声明书，如无上述情况请在“无□”打上√，若空白则视为以上问题答案均为无。	有□ 无□ 有□ 无□ 有□ 无□ 有□ 无□ 有□ 无□
其 他 告 知 事 项	过去两年内是否曾被保险公司解除合同或申请投保人身保险或健康保险而未被接受、延期或附加条件承保？ 在上一年度中，有无保险？若有保险请填写下栏 保险费合计： 意外险理赔金额： 健康险理赔金额： 上述告知回答有，请详述：	有□ 无□
<p>我单位已就综合福利保险事宜与全部被保险人进行了宣导和沟通，凡参与该保险的全部被保险人均符合险种条款所约定的投保条件，并了解保障内容且同意由我单位统一办理投保事项；我单位确认已收到了投保险种条款，且保险人对投保险种条款进行了说明尤其是对保险责任条款、免除保险人责任的条款、合同解除条款进行了明确说明；对投保险种条款尤其是对保险责任条款、免除保险人责任的条款、合同解除条款以及产品说明书（如有）、投保须知、特别约定等，我单位均已认真阅读、理解并同意遵守。为使被保险人了解自身的保险利益，投保人承诺以书面形式告知被保险人网络查询、打印个人保险凭证的途径和方法。在中国法律允许或要求的范围内，我单位同意或授权保险人将我单位保单信息及被保险人个人信息提供给北京保险行业意外险和健康险信息平台。本投保单填写、本告知声明书（告知声明书中填√，即作为投保人“是”的答复）以及所附的被保险人清单的各项内容均属实，并作为本保险合同的组成部分，如有隐瞒或不实告知，本单位愿意承担由此带来的法律后果。</p> <p>特此声明。</p> <p>投保单位负责人签章：_____ 投保单位签章：_____ 签章日期：_____年_____月_____日</p>		

以下由保险公司业务人员填写

材料交接凭证	被保险人清单	页	团体健康告知书	页	暂收收据号码	
	风险查勘报告	页	电子文本清单	份	建工险风险资料	页
	团体财务问卷	页	团体契约调查问卷	页	其他资料	页
	协议定义	有□ 无□	协议份数	份		
核保意见	核保人签名：_____ 签署日期：_____年_____月_____日_____时					
审核人代码	立等： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	再保： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	调整绩效： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
审核人签名	注：立等、再保、调整绩效，若未勾选，视为不做处理；立等若勾选“是”将默认为紧急件；再保、调整绩效若勾选“是”，该单自动流转机构核保。				审核日期：_____年_____月_____日_____时	

备注：一、类型包括：1、被保险人更换；2、被保险人信息修改；3、增加被保险人；4、减少被保险人；5、受益人变更

二、填写说明：1、被保险人更换需填写：被保险人信息，原被保险人信息，如需制定受益人则填写受益人信息，若不填写则默认为法定受益人；2、被保险人变更后，原被保险人发生保险事故，保险人不承担保险责任；3、被保险人信息修改需填写修改前的被保险人信息；4、增加被保险人需填写被保险人信息、保益信息，如需指定受益人则填写受益人信息，若不填写则默认为法定受益人；5、减少被保险人需填写被保险人信息；6、受益人变更需填写被保险人信息及受益人信息。