

中国平安人寿保险股份有限公司

PING AN LIFE INSURANCE COMPANY OF CHINA,LTD

团体人身险投保单

A. 投保须知

1. 本投保书为投保人与保险公司所订立保险合同的重要组成部分,请投保人认真阅读产品说明书和保险条款,在确认以充分理解保险责任、责任免除条款、保险合同解除条款后再做出投保决定。一切与本投保书各事项及保险条款不相符的解释、说明及承诺、保证均属无效,敬请注意;
2. 依据保险法的规定,投保人、被保险人必须如实告知,否则保险人有权依法解除合同,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. 保单生效时间:保险合同自保险公司收到保费同意承保并签发保险单方可成立,保险合同生效日期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. 一年期及一年期以上的险种,投保人在签收保险单后十日内提出解除合同的,在扣除工本费、体检费后退还所交保费;在其它时间提出解除保险合同的,按保险合同约定办理;
5. 如果投保人购买分红类产品时请注意:分红不确定;
6. 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。

B. 投保单位资料、

*投保单位全称		*行业类别	
*单位地址		*邮政编码	
*联系部门		*联系人	
		*联系电话	
投保日期	年 月 日	*投保人数	
		*单位人数	
*缴费方式	<input type="checkbox"/> 个人缴费 <input type="checkbox"/> 单位缴费 <input type="checkbox"/> 单位代缴	*付款方式	<input type="checkbox"/> 现金 <input type="checkbox"/> 支票
开户银行		银行帐号	
*投保等级	<input type="checkbox"/> 统一标准 <input type="checkbox"/> 按职务级别 <input type="checkbox"/> 按工种 <input type="checkbox"/> 按工资 <input type="checkbox"/> 其它方式(详细说明)		
*缴 别	<input type="checkbox"/> 月缴 <input type="checkbox"/> 年缴 <input type="checkbox"/> 趸缴 <input type="checkbox"/> 不定期	约定缴别期限	<input type="checkbox"/> 5年 <input type="checkbox"/> 10年

C. 权益归属比例和其它资料

保费负担比例	投保单位___%, 个人___%	红利归属比例	投保单位___%, 个人___%
管理费比例		单位缴费帐户保费归属	投保单位___%, 个人___%
领取年龄	男: 女: 其它方式:	领取日选择	<input type="checkbox"/> 生日, <input type="checkbox"/> 周年
领取方式	<input type="checkbox"/> 月领 <input type="checkbox"/> 年领 <input type="checkbox"/> 一次性领 <input type="checkbox"/> 其它方式	打印方式	<input type="checkbox"/> 总单, <input type="checkbox"/> 分单
保单红利选择权	<input type="checkbox"/> 储存生息 <input type="checkbox"/> 抵交保费		

业务员姓名:	客户代码:
业务员代码:	投保单号码:
业务员代表:	保险单号码:

D. 险种(保险责任)及保益信息

险种(责任)名称	I 级	II 级	III 级	IV 级	保险期限	其他
----------	-----	------	-------	------	------	----

保 费 合 计	(大写)				(小写)\$	

E. 团体投保人告知声明书

*单位性质		*经营区域		*现有资产	
被保险人健康告知: ◆有无员工目前尚在病假中? □有□无 ◆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? □有□无 ◆现在或过去有无患肿瘤、心肌梗塞、白血病、肝硬化、中慢性肾功能衰竭、再生障碍性贫血、先天性疾病、帕金森氏病、精神病、癫痫病、法定传染病、爱滋病等病症的员工? □有□无 ◆有无身体残障的员工? □有□无 上述健康告知若有任一被保险人回答有,请在“□有”打√并详述或填写个人的告知声明书,否则请在“□无”打√					
其它告知事项: ◆ 在上一年度中,有无保险?若有保险,请填写下栏: 保险费合计:_____ 健康险理赔金额:_____ 意外险理赔金额:_____ 寿险理赔金额:_____ 累计理赔金额:_____					
上述告知回答“有”请详述:					

F. 特别约定: (若无内容,请注明“无特别约定”,若有,请在结束处注明“无其它特别约定”)

--

G. 投保人声明

<p>我们已经认真阅读并理解产品说明书、投保须知、所投保险种条款,确认对其中各项内容尤其是责任免除条款、合同解除条款均已完全理解并同意遵守。本投保单填写和本告知声明书(告知声明书中填√,即作为投保人“是”的答复)的各项内容均属真实,并作为本保险合同的组成部分,如有隐瞒或不实告知,贵公司有权解除保险合同,并对保险合同解除前发生的保险事故不承担保险责任。</p> <p style="text-align:center">特此声明</p> <p>投保单位负责人签章:_____ 投保单位签章:_____ 年 月 日</p>
--

说明: 1.约定缴别期限,约定缴别仅为分红险个人缴费选择期缴时填写。

2.加 * 处为客户资料信息必填项。