



团体保险投保单

<input type="checkbox"/> 首次投保	<input type="checkbox"/> 续保	上期保险合同号：
-------------------------------	-----------------------------	----------

一、投保须知

1. 本投保单为投保人与本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（新型保险产品适用）和保险条款，特别是保险责任、免除或减轻保险人责任、合同解除等条款，并在确认已充分理解后再做出投保决定。一切与本投保单各事项及保险条款不相符的解释、说明及承诺、保证均无效，敬请注意。
2. 投保人、被保险人必须如实告知，否则本公司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. 保单生效时间：自保险合同成立、本公司收取保险费并签发保险单的次日零时起保险合同生效，本公司开始承担保险责任，合同生效日期在保险单上载明。保险合同生效日即为保单生效日；如本公司经审核不同意承保，将无息全额退还暂收保险费，投保人应交还有关收费凭证。
4. 如果投保人购买分红类产品的，请注意：分红是不确定的。
5. 请投保人全面理解所要投保的产品，选择适合的保险金额和保险期间；并请根据自身财务状况，选择合适的交费期间和交费金额。
6. 为未成年子女投保的，因被保险人身故给付的保险金总和不得超过国务院保险监督管理机构规定的限额，身故给付的保险金总和约定也不得超过前述限额。
7. 收到本公司出具的正式保险合同后，请详细审阅保险合同上各项内容及有关条款并递交回执，如有错漏请及时通知本公司更正。

二、投保基本信息（*为必填信息，请您如实填写）

*投保人名称			
*营业执照（社会信用代码及有效期限）			
社会保险登记号码			
*单位地址			
*单位电话		*邮政编码	
*机构分布区域	<input type="checkbox"/> 跨国(国家：) <input type="checkbox"/> 全国 <input type="checkbox"/> 区域 <input type="checkbox"/> 其他()		
企业性质		行业类型	
*法定代表人/负责人		*证件类型、号码及有效期限	
*联系人		联系人所在部门	
*联系 E-MAIL		*联系电话	
*单位人数		*投保人数	
*在职人数		退休人数	
*其他被保险人人数		*合计被保险人人数	
*保险责任开始日期	年 月 日 00 时	*保险责任终止日期	年 月 日 24 时
开户银行		银行账号	
*交费频率	<input type="checkbox"/> 年交 <input type="checkbox"/> 半年交 <input type="checkbox"/> 季交 <input type="checkbox"/> 月交 <input type="checkbox"/> 趸交 <input type="checkbox"/> 不定期		
交费方式	<input type="checkbox"/> 现金 <input type="checkbox"/> 支票 <input type="checkbox"/> 银行转账	*保费分担比例	个人 % 单位 %
*保全结算方式	<input type="checkbox"/> 即时结算 <input type="checkbox"/> 年度 <input type="checkbox"/> 半年度 <input type="checkbox"/> 季度 <input type="checkbox"/> 月度 <input type="checkbox"/> 其他 额度：		
*参保人员	<input type="checkbox"/> 仅员工(成员)个人投保 <input type="checkbox"/> 员工(成员)与配偶投保 <input type="checkbox"/> 员工(成员)与子女投保 <input type="checkbox"/> 员工(成员)、配偶及子女皆投保 <input type="checkbox"/> 其它：		
*投保等级分类标示	<input type="checkbox"/> 统一无区分 <input type="checkbox"/> 按职务级别 <input type="checkbox"/> 按工资 <input type="checkbox"/> 按工种 <input type="checkbox"/> 其它：		

五、投保人告知（由投保单位填写，如选项为“有”请在“详细描述”中注明）

1、有无身体残疾、患有职业病、正在病假中的被保险人？							□有 □无
2、近半年内有无发生流产、正处于妊娠期、产褥期的被保险人？							□有 □无
3、近一年内有无因患疾病而不能正常全勤工作或因此减轻劳动量的被保险人？							□有 □无
4、现在或过去二年内有无下列症状或患下列疾病的被保险人？ 支气管哮喘、支气管扩张、肺气肿、肺结核等 呼吸系统疾病 ； 高血压病、冠心病、心绞痛、心肌病、心肌梗塞、心脏瓣膜病、高血压性心脏病、风湿性心脏病、肺源性心脏病、血管畸形、动脉硬化等 心血管系统疾病 ； 脑中风（脑出血、脑梗塞）、脑瘤、癫痫、瘫痪、帕金森氏症、精神疾患等 神经、精神系统疾病 ； 肝炎、肝硬化、肝脾肿大、肝胆结石、消化道溃疡、消化道出血、胰腺疾病等 消化系统疾病 ； 肾炎、肾盂肾炎、肾病综合症、肾衰竭、肾囊肿、尿路结石、血尿等 泌尿生殖系统疾病 ； 白血病、再生障碍性贫血、淋巴瘤等 血液淋巴系统疾病 ； 糖尿病、痛风、甲亢、甲减等 内分泌系统疾病 ； 系统性红斑狼疮、风湿病等 免疫、结缔组织系统疾病 ； 任何 癌症 或任何 未经证实的良性肿瘤、恶性肿瘤、癌前病变、息肉、囊肿、结节、白斑、肿块、溃疡 ； 任何 先天性或遗传性疾病、传染性疾病、性病或艾滋病 ； 患子宫、乳房、卵巢等 女性生殖系统疾病 。							□有 □无 □有 □无
5、有无员工的职业涉及或接触任何危险物（化学物质、爆炸物、有毒物质或其他危险物）、高空作业、潜水或水下作业、隧道坑道或井下作业等危险工作？							□有 □无
6、现在或过去二年内是否有正式员工死亡或伤残？如回答有，请填写以下事项：							□有 □无
年	疾病死亡人数		意外死亡人数		意外残疾人数		
年	疾病死亡人数		意外死亡人数		意外残疾人数		
详 细 描 述							
保险公司郑重声明：根据《保险法》有关规定，若投保单位因故意或者因重大过失未履行如实告知义务，足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，本公司有权解除本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。							

六、投保人声明与授权

我单位已经认真阅读并理解产品说明书（新型保险产品适用）、投保须知、所投保险种条款、确认对其中各项内容，特别是保险责任、免除或减轻保险人责任、合同解除等条款已完全理解并同意遵守。本投保单填写和本投保单中的投保人告知书（告知书中填√，即作为投保人“是”的答复）的各项内容均属真实，并作为本保险合同组成部分，如有隐瞒或不实告知，贵公司有权依法解除保险合同。

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了解保障内容且同意由我单位统一办理投保事项。

我单位同意，并已经征得被保险人同意，在中国法律允许或要求的范围内，授权贵公司将该团体保险单信息及个人信息提供给中国保险监督管理委员会北京监管局指定的信息平台，以供保险监管机构以及经监管机构认可进入该信息平台的机构进行管理之用。

我单位同意，并已经征得被保险人同意，允许贵公司通过电话、手机（包括手机短信）、E-mail 适时提供保险信息服务。如未做到本声明所述事项，后果由我单位自负。

特此声明与授权。

投保人签章：_____ 经办人签名：_____ 年 月 日

