

投保单号:



三峡人寿保险股份有限公司
CHINA THREE GORGES LIFE INSURANCE CO.,LTD.

团体保险投保单

(年金类适用)

第一部分 投保须知

承保报批表号码:

尊敬的客户,感谢您选择三峡人寿保险股份有限公司,请在填写本投保单前认真阅读以下事项:

- 1、本投保单是投保人与本公司订立的保险合同的重要组成部分,请投保人认真填写。填写本投保单前请仔细阅读保险条款及产品说明书(如有),在确认已充分理解保险责任、免除或减轻本公司责任的条款(概念、内容、法律后果)、犹豫期(如有)、合同成立与生效和合同解除等事项后再做出投保决定。一切与本投保单及保险条款不相符的解释、说明、承诺、保证均属无效,敬请注意。
- 2、依据《中华人民共和国保险法》规定,本公司就投保人和被保险人的有关情况提出询问,您应当如实告知,否则本公司有权依法解除合同或取消部分被保险人的保险资格,并对保险合同解除或取消部分被保险人的保险资格前发生的保险事故不承担保险责任。所有告知事项均应以书面告知为准,口头告知无效。
- 3、投保人提出保险申请、本公司同意承保,保险合同成立。保险合同成立日、生效日以保险单载明的日期为准;如本公司经审核不同意承保,将无息全额退还暂收保险费,并收回有关票据。
- 4、投保人、被保险人可在投保时依法指定受益人,投保人指定受益人时须经被保险人同意;如未填写则推定为未指定。
- 5、收到本公司出具的正式保险合同后请详细审阅保险单上各项内容及有关保险条款,如有错漏请及时通知本公司更正。本公司将向投保单位电子邮箱发送被保险人电子保险凭证,请注意查收。被保险人也可访问公司官网 www.tg-life.com.cn 或拨打客户服务电话(023-65582255)或前往公司柜面进行凭证查询或下载。
- 6、本次投保采用电子个人凭证的形式,与纸质个人凭证具有同等法律效力。投保人可以访问公司官网 www.tg-life.com.cn 查询和下载电子个人凭证。若需要纸质个人凭证,请勾选纸质个人凭证或在收到保险合同后拨打客户服务电话(023-65582255)进行申请。

第二部分 投保单位信息

*单位名称:	*行业类别:	*经营范围:	
*单位地址:	*邮政编码:	电子邮箱:	
*单位性质: <input type="checkbox"/> 国有 <input type="checkbox"/> 集体 <input type="checkbox"/> 私营 <input type="checkbox"/> 个体 <input type="checkbox"/> 股份制 <input type="checkbox"/> 中外合资 <input type="checkbox"/> 外商独资 <input type="checkbox"/> 机关事业单位社会团体			*经营区域: <input type="checkbox"/> 当地 <input type="checkbox"/> 全省 <input type="checkbox"/> 全国 <input type="checkbox"/> 跨国
法定代表人(负责人):	证件类型:	证件号码:	证件有效期:
*经办人:	*证件类型:	*证件号码:	*证件有效期:
*经办人电话:	*单位总人数:	*统一社会信用代码:	*证件有效期:
组织机构代码:	证件有效期:	税务登记证:	证件有效期:
控股股东或实际控制人名称:	证件类型:	证件号码:	证件有效期:
本次投保默认发送电子个人凭证,若您需要纸质个人凭证请勾选: <input type="checkbox"/> 纸质个人凭证			

第三部分 投保信息

保险期间: 20 年 月 日零时起至 <input type="checkbox"/> 20 年 月 日二十四时止 <input type="checkbox"/> 至终身			
投保人数:		主被保险人人数:	连带被保险人人数:
险种代码/名称			
个人账户交费总计: 元(其中投保单位交费 元,被保险人交费总计 元)		首期管理费用(%)	续期管理费用(%)
团体账户交费总计:			
投保人所交保费及其权益归属: <input type="checkbox"/> 全部计入团体账户 <input type="checkbox"/> 分别计入团体账户、个人账户中的已归属和未归属部分 (保险条款对权益归属有明确规定的,以保险条款内容为准)			
年金领取方式: <input type="checkbox"/> 月领 <input type="checkbox"/> 年领 <input type="checkbox"/> 一次性领 <input type="checkbox"/> 到期转换 <input type="checkbox"/> 其他方式:			
特别约定:(若无内容,请勾选 <input type="checkbox"/> 无特别约定;若有,请在结束处注明“无其他特别约定”。可另附页说明。)			
趸交/首期保费合计		(大写)人民币 亿 仟 佰 拾 万 仟 佰 拾 元 角 分 (小写)¥ 元	
交费方式: <input type="checkbox"/> 银行转账 <input type="checkbox"/> 网银转账 <input type="checkbox"/> 支票 <input type="checkbox"/> 其他(请注明):		缴费频率: <input type="checkbox"/> 趸交 <input type="checkbox"/> 年交 <input type="checkbox"/> 其他(请注明):	
开户银行名称:		开户银行所在地区: _____省/自治区/直辖市 _____市(地级市)	
开户名:		银行账号:	

第四部分 受益人信息

身故保险金受益人：指定受益人详见团体保险被保险人清单 无指定受益人
(除另有约定外，满期、生存、残疾、重大疾病、医疗保险金的受益人为被保险人本人。)

第五部分 投保单位告知

(如您故意或因重大过失未如实告知，本公司有权依法解除合同或取消部分被保险人的保险资格，并对保险合同解除或取消部分被保险人的保险资格前已发生的保险事故不承担保险责任)

被保险人健康告知情况	1、有无员工目前尚在病假中？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
	2、近一年内有因患病而不能全勤工作或减轻劳动量的员工？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
	3、现在或者过去有无患肿瘤、心肌梗塞、白血病、肝硬化、肾功能衰竭、再生障碍性贫血、先天性疾病、遗传性疾病、帕金森氏病、精神病、癫痫病、法定传染病、艾滋病等病症的员工？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
其他告知事项	4、在上一保单年度中是否有保险？若有保险，请填写下栏：		
	保险费合计：		
	意外身故（残疾）理赔金额：	疾病身故（残疾）理赔金额：	
	意外医疗理赔金额：	疾病医疗理赔金额：	
	累计理赔金额：		
上述告知若有回答，请详述：			

第六部分 投保单位声明

- 1、我单位确认在投保时已收到并认真阅读了保险条款及产品说明书（如有）、投保须知、特别约定，贵公司已对保险条款特别是免除或减轻贵公司责任的条款（概念、内容、法律后果）内容逐一向我单位作出提示及明确说明。投保人确认已经理解保险条款所列各项内容，特别是对保险条款中免除或减轻贵公司责任的条款的概念、内容及其法律后果，均经贵公司的明确说明而已经理解并同意遵守保险条款的各项约定。
- 2、我单位已就投保事宜与全部被保险人进行了宣导和沟通，凡参加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。
- 3、本投保单内所填写内容和投保单位告知中的各项内容均属实，并作为保险合同的组成部分。如有隐瞒或不实告知，贵公司有权依法解除或取消该被保险人的保险资格，并对保险合同解除或取消该被保险人的保险资格前发生的保险事故不承担保险责任。
- 4、除书面申请并由贵公司按正式程序承保、修改或批注的内容外，其他任何单位及个人的口头及书面解释、说明、承诺、保证等均属无效，贵公司无须负责。
- 5、特授权本投保单位所填的单位授权经办人为本单位日常业务的办理人，经办人可持本单位相关资料，办理本单位保险日常业务，本授权委托自本投保单签订之日起生效至本投保单位终止授权委托的书面通知或新的授权委托书到达贵公司之日起终止。

投保单位负责人签字：

负责人身份证号码及有效期限：

投保单位签章：

投保单位授权经办人签字：

经办人身份证号码及有效期限：

投保日期： 年 月 日

第七部分 以下部分由保险公司填写

机构名称：	业务部门： <input type="checkbox"/> 直属销售部 <input type="checkbox"/> 中支销售室	销售部/室名称：
业务属性： <input type="checkbox"/> 直销业务 <input type="checkbox"/> 经纪公司 <input type="checkbox"/> 专业代理 <input type="checkbox"/> 兼业代理 <input type="checkbox"/> 招标业务 <input type="checkbox"/> 股东业务 <input type="checkbox"/> 综合开拓	中介机构名称：	
业务员姓名：	业务员代码：	备注：
初审人员意见：	初审人员签字：	初审日期：
核保人员意见：	核保人员签字：	日期：
受理人员签字：	受理日期：	