



211001

## 人身保险投保单

### 【投保须知】

尊敬的客户：感谢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”）投保，在填写投保单之前，请您仔细阅读以下事项：

- 1、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墨水笔或签字笔准确、如实、清晰填写，并在适当的数字或方框内打“√”，不要涂改。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。
- 2、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。
- 3、您应对投保单、体检报告书以及其它投保问卷所提出的各项询问事项如实详细地书面告知；否则，我公司有权在法定期间内解除保险合同，并依法对合同解除前发生的保险事故不承担保险责任。
- 4、我公司可能会要求被保险人、投保人进行体检或补充其他材料，可能会要求增加保险费、附加条件承保、延期承保或是拒绝承保。
- 5、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。
- 6、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。
- 7、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。
- 8、您可以为本人、配偶、子女、父母以及《中华人民共和国保险法》规定的具有保险利益的其他人员投保。
- 9、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。
- 10、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。
- 11、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、联系地址和投保人与被保险人的关系等。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利我公司提供的服务，甚至导致保险合同的解除。
- 12、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。

### 【投保人资料栏】

姓名： <b>张三</b>	性别： <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期： <b>1989年01月01日</b>	婚姻状况： <b>否</b>	国籍：
证件类型： <b>身份证</b>	证件有效期至： <b>2027-10-01</b>	证件号码： <b>510111198901011111</b>		
工作单位： <b>XXX公司</b>	职业： <b>内勤</b>		职业代码： <b>3010101</b>	
常住地址： <b>四川省成都市高新区</b>	区/县 <b>天府大道北段966号</b>		邮编： <b>610000</b>	
家庭地址： <b>四川省成都市高新区</b>	区/县 <b>天府大道北段966号</b>		邮编： <b>610000</b>	
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： <b>13111111111</b>				
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：	身高 <b>175</b> 厘米，体重 <b>65</b> 公斤	

### 【被保险人资料栏】（若投保人与投保人为同一人，可免填被保险人栏）

姓名：	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_____			国籍：
性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期： 年 月 日	身高 厘米，体重 公斤	婚姻状况：	
证件类型：	证件有效期至：	证件号码：		
工作单位：	职业：		职业代码：	
常住地址： 省 市 区/县	邮编：			
家庭地址： 省 市 区/县	邮编：			
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：				

### 【身故保险金受益人】（如未指定，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	出生日期	证件类型	证件号码	
证件有效期至	受益顺序	受益比例	职业	联系电话	住址	国籍

【提示】如指定身故受益人超过两人，请在投保单备注栏按以上内容说明其他身故受益人信息，相同顺序的受益比例之和为 100%。

【投保事项栏】

投保套餐/险种名称	基本保险金额/份数	保险期间	交费期间	期交/趸交保险费(元)
和谐健康之享定期重大疾病保险	100000	80岁	15年	2910
保险费合计：(人民币大写) <input checked="" type="checkbox"/> 仟 <input checked="" type="checkbox"/> 佰 <input checked="" type="checkbox"/> 拾 <input checked="" type="checkbox"/> 万 贰 仟 玖 佰 壹 拾 零 元 零 角 零 分 (小写) ¥： 2910 元				
追加保险费：(人民币大写) 仟 佰 拾 万 仟 佰 拾 元 角 分 (小写) ¥： 元				
交费频率： <input type="checkbox"/> 趸交 <input checked="" type="checkbox"/> 年交 <input type="checkbox"/> 月交 <input type="checkbox"/> 其他_____			一年期主险/一年期附加险自动申请续保： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
被保险人是否享有社会医疗保险或公费医疗保障： <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
续期保险费超过宽限期仍未交付时，选择自动垫交保险费： <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (仅当保险合同有现金价值且允许自动垫交时适用)				

【账户信息栏与转账授权】

首期交费方式： <input checked="" type="checkbox"/> 委托银行扣收 <input type="checkbox"/> 其他 _____	续期交费方式： <input checked="" 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 分行	账户号：112345678910123	

- 1、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各期保险费，并保证有足够的金额支付应交保险费。
- 2、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。
- 3、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。
- 4、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。
- 5、本人投保后若办理退保或退费业务，同意贵公司将应退金额通过银行划转入该账户。
- 6、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。
- 7、本人同意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。

【健康告知栏】

询问事项	投保人	被保险人	投保人是否	被保险人是否
1、您是否吸烟?	<input checked="" type="checkbox"/> 否, <input type="checkbox"/> 是, 已吸烟__年, __支/天	<input checked="" type="checkbox"/> 否, <input type="checkbox"/> 是, 已吸烟__年, __支/天		
2、您是否有饮酒习惯?	<input checked="" type="checkbox"/> 否, <input type="checkbox"/> 是, 白酒__两/周; 葡萄酒/黄酒__两/周; 啤酒__瓶/周; _____酒__两/周	<input checked="" type="checkbox"/> 否, <input type="checkbox"/> 是, 白酒__两/周; 葡萄酒/黄酒__两/周; 啤酒__瓶/周; _____酒__两/周		
3	您既往是否有烟酒习惯, 但现在正计划或已戒烟或戒酒? 若“是”, 请在说明栏中告知原因及时间。		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
4	您是否接受过医师的诊查、治疗、用药、住院或手术建议? 是否曾经有过任何化验检查异常, 如血液检查、超声、CT、MRI、组织活检、内窥镜检查、X线、乳腺钼靶检查?		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
5	您是否有残疾? 如智力障碍、失明、聋哑、跛行、头颅、四肢、脊柱、胸廓或五官的残缺或畸形?		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
6	您是否曾经有下列症状、或曾被告知患有下列疾病或接受治疗? 如“是”, 请在说明栏中详述。 a. 呼吸系统疾病: 反复咳嗽、咳痰、气喘, 咯血或痰中带血, 急/慢性支气管炎、肺炎、肺气肿、支气管扩张、肺结核、肺纤维化、哮喘、胸腔积液、胸膜炎, 尘/矽肺或其他职业性肺疾病;		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

[键入文字]

	b. 循环系统疾病：胸痛、胸闷、心慌、气短，高脂血症或高粘血症，高血压（收缩压 $\geq$ 140mmHg或舒张压 $\geq$ 90mmHg）、冠心病、先天性心脏病、心脏瓣膜病、风湿热、风湿性心脏病、主动脉瘤、肺心病、心肌病、心律失常、传导阻滞、心包炎、心肌炎；川崎病、动脉硬化、下肢静脉曲张；	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	c. 神经系统及精神疾病：反复头晕头痛、晕厥、脑血管疾病、智能障碍、多发性硬化、癫痫、眩晕症、脊髓病变、重症肌无力、帕金森氏病、精神病、抑郁症、神经官能症、脑出血、脑栓塞、脑瘤、脑动/静脉血管瘤及畸形、脑炎、脑膜炎、脑瘫；	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	d. 消化系统疾病：腹痛、呕血、便血或黑便、肝区疼痛、黄疸、肝功能异常、肝脾肿大，肝炎病毒携带、肝炎、脂肪肝、肝硬化、肝肿大、肝豆状核变性，胆囊炎、胆结石、胆囊息肉、家族性肠息肉、胰腺疾病、慢性胃炎、肠炎、肠结核、消化道溃疡或出血、穿孔、溃疡性结肠炎、克隆氏病、结肠疾病、疝、肠梗阻、直肠或肛门疾病；	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	e. 泌尿及生殖系统疾病：血尿、蛋白尿、浮肿，肾盂肾炎、反复泌尿系感染、肾炎、肾小球疾病、肾病综合征、肾功能异常、肾囊肿、多囊肾、泌尿系结石、泌尿系结核、生殖器官疾病；性传播疾病；	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	f. 内分泌、代谢疾病：尿糖阳性、糖耐量异常、糖尿病、痛风、高尿酸血症、甲状腺或甲状旁腺疾病、肾上腺疾病、垂体疾病；	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	g. 骨、关节、肌肉及结缔组织疾病：骨折、骨髓炎、关节红肿或变形、关节疼痛、骨关节炎、股骨头坏死、关节置换，骨质疏松、骨质增生、椎间盘突出、脊柱疾病、干燥综合征、系统性红斑狼疮、银屑病、风湿病、类风湿病，肌肉萎缩、肌营养不良、肌炎？	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	h. 血液系统疾病：不明原因的出血点或淤斑、反复鼻或牙龈出血、贫血、白细胞减少、白血病、血友病、紫癜、贫血、血小板减少/增多症、淋巴瘤、脾脏疾病、骨髓增殖性疾病；	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	i. 五官科疾病：弱视或失明、视网膜疾病、虹膜睫状体炎、眼底动脉病变、青光眼、白内障，慢性鼻炎、鼻窦炎、鼻中隔偏曲，声音嘶哑、声带疾病，中耳炎、美尼尔病、五官手术史；	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	j. 癌症、肿瘤、腺瘤、息肉、囊肿、赘生物、血管瘤、皮肤疾病、其它包块或肿物；	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	k. 先天性疾病、遗传性疾病、职业病；	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	l. 是否有以上未提及的其他疾病或症状、畸形、缺陷。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7	您是否使用过任何成瘾药物，如镇静安眠剂、迷幻药、吸食有机溶剂、毒品或违禁药品？	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	您是否曾经有酗酒或酒精中毒？是否有自伤、自残、自杀行为或服药过量？	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9	您的亲属（祖父母、父母、子女、兄弟姐妹）是否有在 60 岁之前患有高血压、脑中风、肾病、心脏病、多囊肝肾、糖尿病、精神病、白血病、血友病、多发性硬化症、良性或恶性肿瘤、病毒性肝炎或肝炎病毒携带者、其他遗传性疾病；或 60 岁前因病去世？（若“是”，请在下表告知）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	患病对象	疾病名称	目前情况	若 60 岁前身故，则身故时年龄	
10	16 周岁及以上女性告知： a. 您目前是否怀孕？如“是”，怀孕____周。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. 是否有或曾经有阴道不规则流血、白带异常、下腹痛等不适感觉或异常症状？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. 是否患有或曾经患有畸胎瘤、葡萄胎、子宫肌瘤、子宫内膜异位症、血性溢乳、乳腺炎、乳腺增生、乳腺包块或肿块、不孕症或其它任何乳房、子宫、卵巢的疾病？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	儿童（2 周岁及以下）告知： a. 出生时孕周____周，体重____公斤；				
	b. 是否双胞胎？是否有早产或难产？出生时是否有产伤或窒息等异常情况？有无体重增长缓慢？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. 是否有畸形、发育迟缓、惊厥、抽搐、脑瘫、智能障碍、先天性或遗传性疾病等？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 【财务及其他告知栏】

12	您固定的年收入是多少万元？收入来源为：①工薪，②个体，③私营，④房租，⑤证券投资，⑥银行利息，⑦其他：_____	<u>10 万</u> ①	<u>10 万</u> ①
13	您是否有参加赛车、赛马、搏击、蹦极、滑雪、攀岩、潜水、飞行、探险或其他高风险活动的爱好？	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14	您是否在投保本公司或其他保险公司产品时被拒保、延期或附加条件承保？	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15	您是否正在申请或已经拥有任何保险公司的保险合同？若“是”，请说明承保公司、险种名称、保险金额、年交保费、承保日期。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

