

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”）投保，投保前请您仔细阅读以下内容：

1. 投保单是保险合同的重要组成部分，请您用黑色签字笔准确、真实、清晰填写，并在对应字段的数字或方框内打“√”，请勿涂改。投保人、被保险人/监护人签名处须由本人亲笔签名。

2. 为准确核算您获得的保障及相应保费，并为您提供优质的后续服务，请务必准确填写投保人及被保险人的个人信息和健康告知等各项信息，如投保人有隐瞒或者告知不实，我司有权解除本保险合同，并不承担任何责任。请您和被保险人如实填写各项投保信息并确认。被保险人为未成年人时，应由其监护人如实告知并确认。当您收到保险合同时，请再次确认保险合同内容是否属实。

3. 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保险监督管理部门的有关规定。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。

4. 请您认真阅读并理解所购买产品的《保险产品条款》《投保提示书》《投保声明与授权》《免责条款》《产品说明书》（若有），尤其是保险期间、犹豫期（若有）、等待期（若有）、保险责任及责任免除、退保可能产生的损失、理赔要求、投保人义务以及其他与保险合同有关的重要事项。

5. 以死亡为给付保险金条件的合同，未经被保险人同意并认可保险金额的，合同无效。父母为其未成年子女投保的除外。

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. 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。请您务必填写真实信息，如果您的联系地址、电话等个人信息发生变化，应及时联系我公司办理变更。

8. 本次投保自我公司同意承保、收取首期保险费并签发保险单后开始生效，具体生效日期以保险单载明的日期为准。

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. 北京地区客户投保一年期及以下意外险时，可登录北京保险行业协会网站查询保单信息。

【投保人资料栏】*姓

名： 张三	*性别： ☒ 男 ☐ 女	*出生日期： 1989 年 01 月 01 日	*婚姻状况： 已婚	*国籍： 中国
*证件类型： 身份证	*证件有效期： 2020-07-07 至 2040-07-07		*证件号码： 510111198901011111	
工作单位： XXX公司	*职业： 内勤	是否为个体工商户 ☐ 是 ☒ 否	*职业代码： 3010101	
*常住地址： 四川 省 成都 市 高新区 区/县 天府大道北段 966 号天府国际金融中心10号楼2层				
*邮编： 610000		*身高 175 厘米，*体重 65 公斤		
*联系电话： ☒ 移动电话： 13111111111		☐ 办公电话：		☐ 住宅电话：
*保单接收方式： ☐ 纸质保单 ☒ 电子保单		电子邮箱： zhangsan@163.com		

【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： ☒ 本人 ☐ 配偶 ☐ 父子 ☐ 父女 ☐ 母子 ☐ 母女 ☐ 其他_____			
*性别： ☐ 男 ☐ 女	*出生日期： 年 月 日		*国籍：	*婚姻状况：
*证件类型：	*证件有效期： 至	*证件号码：		
工作单位：	职业：	是否为个体工商户 ☐ 是 ☐ 否	职业代码：	
*常住地址： 省 市 区/县				
*邮编：		*身高 厘米， *体重 公斤		
*联系电话： ☐ 移动电话：		☐ 办公电话：		☐ 住宅电话：

【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	受益顺序	受益比例	职业	联系电话	常住地址	国籍
至						
至						

【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
和谐寿福年年护理保险	44673.10	终身	5年	10000
*货币类型： ☒ 人民币 ☐ 外国货币：_____				
*保险费合计：（大写） ☒ 仟 ☒ 佰 ☒ 拾 壹万零仟零佰零拾零元零角零分 （小写）： 10000元				
追加保险费：（大写） 仟 佰 拾 万 仟 佰 拾 元 角 分（小写）：				
*交费频率： ☐ 趸交 ☒ 年交 ☐ 月交 ☐ 其他_____				
被保险人是否享有社会医疗保险或公费医疗保障： ☒ 是 ☐ 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： ☒ 是 ☐ 否（仅当保险合同有现金价值且允许自动垫交时适用）				
红利领取方式： ☐ 累积生息 ☐ 现金领取 ☐ 其他_____（仅限投保险种中含分红险时填写）				

【账户信息栏与转账授权】

*首期交费方式： ☒ 委托银行扣收 ☐ 其他_____	续期交费方式： ☒ 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

【健康告知栏】

*询问事项	投保人	被保险人	
1、您是否吸烟？	☒ 否， ☐ 是，已吸烟_____年，_____支/天	☒ 否， ☐ 是，已吸烟_____年，_____支/天	
2、您是否有饮酒习惯？	☒ 否， ☐ 是，白酒____两/周；葡萄酒/黄酒____两/周；啤酒____瓶/周；____酒____两/周	☒ 否， ☐ 是，白酒____两/周；葡萄酒/黄酒____两/周；啤酒____瓶/周；____酒____两/周	
询 问 事 项		投保人是否	被保险人是否
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。	☐ ☒	☐ ☒
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？	☐ ☒	☐ ☒
		☐ ☒	☐ ☒
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？	☐ ☒	☐ ☒
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；	☐ ☒	☐ ☒
	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≥140mmHg或舒张压≥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；	☐ ☒	☐ ☒
	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；	☐ ☒	☐ ☒
	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；	☐ ☒	☐ ☒
	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；	☐ ☒	☐ ☒
	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；	☐ ☒	☐ ☒
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？	☐ ☒	☐ ☒	

	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；			☐	☒	☐	☒	
	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；			☐	☒	☐	☒	
	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；			☐	☒	☐	☒	
	k. 先天性疾病、遗传性疾病、职业病；			☐	☒	☐	☒	
	l. 是否有以上未提及的其他疾病或症状、畸形、缺陷。			☐	☒	☐	☒	
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？			☐	☒	☐	☒	
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？			☐	☒	☐	☒	
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）			☐	☒	☐	☒	
	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。			☐	☐	☐	☐	
	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？			☐	☐	☐	☐	
	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？			☐	☐	☐	☐	
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？			☐	☐	☐	☐	
	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？			☐	☐	☐	☐	

* 【财务及其他告知栏】

12	您固定的年收入是多少万元（其他币种请填写对应货币单位_____）？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> _____	<u>10万</u> _____
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？	☐ ☒	☐ ☒
14	您是否在投保本公司或其他保险产品时被拒保、延期或附加条件承保？	☐ ☒	☐ ☒
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。	☐ ☒	☐ ☒
16	a. 在过去的两年中，您是否在本地区以外的国家或地区连续居住超过三个月？若“是”，请说明居住的国家或地区。	☐ ☒	☐ ☒
	b. 近一年内，您是否计划出国？若“是”，请说明计划去的国家或地区、目的和计划停留的时间。	☐ ☒	☐ ☒

【说明栏】

若上述健康告知勾选为“是”，请在本栏中详细说明。					
询问事项序号	疾病名称或就诊原因	异常的检查结果/治疗方式或经过	发生时间	诊治医院	目前状况
若上述财务及其他告知勾选为“是”，请在本栏中详细说明。					

【备注栏】

【投保人与被保险人/监护人的确认与声明】

1. 本人已认真阅读投保须知、人身保险投保提示和所投保险种条款的各项内容，且销售人员对条款内容特别是保险责任、责任免除及解除保险合同等条款进行了详细解释与明确说明，本人均已理解并同意接受。

2. 本人确认在投保过程中填写或陈述的所有信息（包括但不限于本人、被保险人或受益人相关的身份信息、健康问卷及其他健康告知事项、财务问卷及其他财务告知事项等）均真实、准确，且本人已清楚知晓前述任何一项告知或陈述内容均足以影响贵公司决定是否同意承保或者提高保险费率。如有隐瞒或告知不实，贵公司可依据《中华人民共和国保险法》的规定及保险合同的约定解除保险合同，并对保险合同解除前发生的保险事故不承担保险责任。

3. 交费方式及账户授权

(1) 本人同意委托贵公司从本人投保时留存的银行账户中扣取本保险合同所需缴纳的保险费，并保证有足够的金额支付应交保险费。

(2) 本人提供的银行账户为投保人本人账户，且账户的开户银行、户名和账号均真实有效，该银行账户作为首期和续期保费交纳账户。

(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，致使产生保险合同中止、终止等后果或投资账户的费用损失，由此引起的责任由本人承担。

(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；若因本人未及时处理账户变更手续而导致退保给付金无法按时给付，则同意贵公司按退保申请日的给付金额支付。

4. 若您投保的是投资连结保险、万能保险等新型产品，按法规要求请投保人在下方空格处亲笔抄写“本人已阅读保险条款、产品说明书和投保提示书，了解本产品的特点和保单利益的不确定性”。

本	人	已	阅	读	保	险	条	款	、	产	品	说	明	书	和	投	保	提	示	书	，
了	解	本	产	品	的	特	点	和	保	单	利	益	的	不	确	定	性	。			

投保人签名：张三
被保险人/监护人签名：张三
投保申请日期：2025 年 10 月 9 日

【保險公司填寫欄】

*初审员姓名及工号: 王五****	*初审日期: 2025年10月10日	*扫描员姓名: 王五	*扫描日期: 2025年10月10日
--------------------------	---------------------------	-------------------	---------------------------

【销售人员声明及签字栏】

声明：本人已面晤投保人、被保险人（及未成年被保险人的监护人），已向投保人明确说明并提供投保险种的条款、投保提示书，并就投保单列明的所有告知事项逐一向投保人、被保险人当面询问，本人亲自见证投保人、被保险人或其监护人在投保单上签字。如有不实见证或报告，本人愿意承担由此产生的法律责任。		
*销售人员签名：李四	*销售人员代码：*****	*日期：2025年10月9日 *
*经代销售人员签名：	*经代公司名称及代码：	日期：

*是否转介绍客户: ☒否 ☐是, 转介绍人姓名及代码: _____