



1008



00000000000000000000

银行保险投保单

欢迎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”）购买保险，在填写投保单之前，请您详细阅读投保单背面的《投保须知》。

【客户资料栏】

投保人	*姓名： 张三	*性别： ☒ 男 ☐ 女	*出生日期： 1989年 01 月 01 日	*国籍： 中国								
	*证件类型： ☒ 身份证 ☐ 其他：	*证件有效期： 2020-07-07至204-07-07		工作单位： XXX公司								
	*证件号码： 5 1 0 1 1 1 1 9 8 9 0 1 0 1 1 1 1	*职业： 内勤		*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			*邮政编码： 610000								
	*联系电话： ☒ 移动电话： 13111111111 ☐ 办公电话： ☐ 住宅电话：			是否为个体工商户 ☐ 是 ☒ 否								
*保单接收方式： ☐ 纸质保单 ☒ 电子保单		电子邮箱： zhangsan @ 163.com		居民类型： ☒ 城镇 ☐ 农村								
被保险人	*是投保人的： ☒ 本人 ☐ 配偶 ☐ 父子 ☐ 母子 ☐ 母女 ☐ 其他（若被保险人与投保人为同一人，可免填被保险人栏）											
	*姓名：	*性别： ☐ 男 ☐ 女	*出生日期： 年 月 日	*国籍：								
	*证件类型： ☐ 身份证 ☐ 其他：	*证件有效期： 至		工作单位：								
	*证件号码：	*联系电话：										
	*常住地址： 省 市 区/县	*邮政编码：										
*职业：		*职业代码：		是否为个体工商户 ☐ 是 ☐ 否								
受益人	*身故受益人： ☒ 是被保险人的法定继承人 ☐ 指定为以下人员（如未填写，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	证件类型	证件号码及证件有效期	出生日期	国籍	职业	常住地址	联系电话	受益顺序	受益比例
					至							
					至							
	受益人住址：1 同投保人 2 同被保险人 3 其他，请说明											

【投保事项栏】

*投保套餐/险种名称	*保险期间	*交费期间	*保险费	基本保险金额/份数
和谐财富安心A款（尊享版）护理保险	至105周岁	趸交	20000	19248
*货币类型： ☒ 人民币 ☐ 外国货币：				
*保险费合计：（大写） ☒ 亿 ☒ 仟 ☒ 佰 ☒ 拾 贰 万 零 仟 零 佰 零 拾零元整 （小写）： 20000元				
追加保险费：（大写） 亿 仟 佰 拾 万 仟 佰 拾 整（小写）：				
*交费频率： ☒ 趸交 ☐ 年交 ☐ 月交 ☐ 其他 万能险收益领取方式： ☐ 年领 ☐ 月领				
被保险人是否享有社会医疗保险或公费医疗保障： ☒ 是 ☐ 否				

【账户信息栏】

*首期交费方式： ☐ 银行柜面缴费 ☒ 委托银行扣收	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 银行高新支行		*账户号： 1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1 2 3

【投保人、被保险人确认】询问事项栏、投保须知、投保人与被保险人/监护人的确认与声明（具体确认内容请见本投保单背面）

*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
												，
												，
												。
												。

*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**

【银行填写栏】

*代办人姓名： 王二	*代办人代码： ****	*代理单位代码： *****	*代理单位名章： 民生银行高新支行
-------------------	---------------------	-----------------------	--------------------------

【保单回执栏】注：本栏由银保通客户填写。一年期以上的人身保险产品一般有犹豫期（具体详见保险条款中的犹豫期约定）的有关约定。

本人已经收到贵公司签发的保险合同（包括保险单、条款、产品说明书和收费凭证），确认本保险合同所载内容准确无误，投保单上有关投保人及被保险人的所有陈述均真实，并经投保人、被保险人或其监护人亲笔签名确认。

为保护您的合法权益，请通过拨打我公司全国统一客服热线 956076、登陆网站 www.hexiehealth.com 或咨询我公司柜面服务人员等方式，查询、核对您的保单信息（对保险期限一年期以上的健康险保单，建议在收到本保单的次日起 15 日内完成首次查询）。

投保人签名： 保单签收日期： 年 月 日

【询问事项栏】为了保障您的合法权益，请被保险人认真阅读、如实回答和填写下述询问事项，并在选项后的“□”中打“√”。		是	否
*健康告知栏	1. 被保险人是否曾因健康原因被任何保险公司延期、拒保或者非标准体承保？是否有过因疾病（非意外事故，不包括剖腹产、顺产、鼻炎、急性胃肠炎、急性肺炎、急性上呼吸道感染、胆囊炎、胆囊结石、阑尾炎住院）向任何保险公司索赔的经历？	☐	☒
	2. 被保险人是否目前患有或曾经患有下列疾病或症状？ 高血压（收缩压≥140mmHg或舒张压≥90mmHg）、冠心病、先天性心脏病、肺心病、风湿性心脏病、心肌病、心律失常，慢性支气管炎或肺气肿，癫痫、脑出血、脑栓塞、脑血管瘤、脑血管畸形，慢性乙肝（含乙肝携带者）、丙肝、肝硬化、酒精性肝病，消化道溃疡，慢性肾炎、尿毒症，糖耐量异常、糖尿病，甲状腺疾病、类风湿性关节炎、风湿病，反复鼻或牙龈出血、白细胞减少、贫血、白血病、再生障碍性贫血，系统性红斑狼疮，多发性硬化，帕金森综合征，视网膜疾病、青光眼、白内障、中耳炎，癌症、肿瘤，先天性疾病、遗传性疾病、职业病（如尘肺、矽肺、各种慢性中毒），是否有身体残障，酒精或药物滥用成癮？	☐	☒
	3. 在过去六个月内被保险人是否出现下列不明原因的症状或不适：体重减轻超过 5 公斤（非健身或减肥原因）、不明原因的出血点或瘀斑、反复鼻或牙龈出血，身体出现肿块、包块、结节、咳血、呕血、便血、血尿、淋巴结肿大？	☐	☒
	4. 在过去两年内被保险人是否曾经因疾病（非意外事故）连续住院治疗七天或七天以上？或因其它慢性疾病需要长期（三个月以上）服药控制或手术治疗？	☐	☒
	5. 被保险人每天吸烟支数*吸烟年数是否大于 400？	☐	☒
	6. 被保险人饮酒指数是否大于 140（饮酒指数=每周饮白酒两数*饮酒年数）？	☐	☒
*职业告知栏	7. 被保险人的职业是否涉及下列内容：①高空、空中、水下、海上或地下作业或活动、接触易燃易爆及有毒物品、镇暴或军警行动、驯兽员、特技表演、搏击类运动、滑雪、摔跤、拳击、马术等高危行业或危险工作？②有赛车、赛马、蹦极、攀岩、潜水、登山、私人飞行、探险或其它危险活动的爱好？③是现役军、警人员中的下列人员：军校学生或入伍受训新兵、空军飞行员、前线军人、特种部队人员、防暴警察及负有特殊任务者。④有毒有害化工原料及产品生产工，油漆工，石棉制品生产工。	☐	☒
其他告知栏	8. 16 周岁及以上女性被保险人：在过去 2 年中，是否曾接受过任何针对肿块、囊肿、肿瘤、任何类型的慢性损伤或增生的诊断检查，且检查结果异常，如：乳房 X 线检查、钼靶检查、CT 检查、活体组织切片检查，宫颈刮片、TCT 检查等？	☐	☐
	9. 两周岁及以下被保险人：出生时体重小于 2.5 公斤；出生时是否有早产、难产、产伤、窒息、缺氧、抢救史、颅内出血等异常情况；是否有发育迟缓、惊厥、抽搐、脑瘫？	☐	☐
*收入告知	投保人固定年收入约 10 万，主要来源：____；投保人家庭年收入约 10 万，主要来源：____；被保险人固定年收入约 10 万，主要来源：____；投保人保费预算约 2 万。（默认货币单位：人民币（元），其他币种请备注对应货币单位 _____） 收入来源选择：①工薪 ②私营 ③房租 ④证券投资 ⑤银行利息 ⑥其他_____。		
上述询问事项，如勾选为“是”，请详细说明发病原因、时间、阳性的检查结果、治疗方式、就诊医院、诊断结果，并对上述告知签名确认。			
说明栏			
*被保险人 签名确认栏		张三	

【投保须知】（注：为了保护您的合法权益，请您在投保时务必详细阅读以下投保须知内容）	
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. 为准确核算您可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交纳的保险费，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；若因本人未及时办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。	

【保险公司填写栏】		
*客户经理姓名：*****	*客户经理代码：*****	*日期：2025 年 10 月 9 日
*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