

光大永明人寿保险有限公司 团体保险投保书

| 投保单位信息 | | | |
|---|--|--------------|---|
| 投保单位名称 | 河北光华荣昌汽车部件有限公司 | | |
| 单位证件类型 | <input type="checkbox"/> 营业执照 <input type="checkbox"/> 统一社会信用代码证书 <input type="checkbox"/> 事业单位法人证书 <input type="checkbox"/> 其他 _____ | | |
| 单位证件号码 | 91130983077498644J | | |
| 单位证件起止期 | 起期: 2024 年 6 月 25 日 止期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 长期 | | |
| 单位成立日期 | 2013 年 9 月 10 日 | 社会保险登记 证号 | |
| 员工总数 | 58 人 | 参保人数 | 主被保险人58 人 附属被保险人 0 人 |
| 行业分类 | 交通运输设备制造业 | 经营范围 | 制造、加工、销售汽车部件、五金制品、塑料制品、模具; 灯具组装; 相关技术咨询服务。(依法须经批准的项目, 经相关部门批准后方可开展经营活动)** |
| 单位性质 | <input type="checkbox"/> 政府机关 <input type="checkbox"/> 事业单位 <input type="checkbox"/> 国有企业 <input type="checkbox"/> 集体企业 <input type="checkbox"/> 民营企业 <input type="checkbox"/> 外资企业 <input type="checkbox"/> 合资企业 <input type="checkbox"/> 股份制企业 <input type="checkbox"/> 其他 有限责任公司(自然人投资或控股) | | |
| 单位联系电话 | 0317-5965599 | 邮政编码 | 061100 |
| 单位地址 | 河北省沧州市黄骅市黄骅经济开发区 | | |
| 纳税人资格 | <input type="checkbox"/> 一般纳税人 <input type="checkbox"/> 小规模纳税人 <input type="checkbox"/> 其它 | 纳税人识别号 | 91130983077498644J |
| 联系人信息 | | | |
| 联系人姓名 | 刘新杰 | 联系人移动电话 | 19831788668 |
| 联系人邮箱 | liuxinjie@bjghrc.com | 联系人证件类型 | <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他 |
| 联系人证件号码 | 131127198502155240 | | |
| 联系人证件起止期 | 起期: 2021 年 3 月 26 日 止期: 2041 年 3 月 26 日 <input type="checkbox"/> 长期 | | |
| 联系人地址 | 河北省沧州市黄骅市黄骅经济开发区 | | |
| 保全授权内容: <input type="checkbox"/> 1、本单位授权以上联系人在光大永明人寿保险有限公司指定办理服务的线上平台办理保全事项。 2、本单位授权以上联系人使用其邮箱发送邮件至光大永明人寿保险有限公司指定邮箱办理解除合同以外的保全事项。 光大永明人寿保险有限公司均可以按照以上申请方式进行保全事项办理。 | | | |
| 单个被保险人保费达到20万元以上, 须履行反洗钱穿透要求并填写以下信息: | | | |
| 法人代表/负责人姓名 | | 法人代表/负责人证件类型 | <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他 |
| 法人代表/负责人证件号码 | | | |
| 法人代表/负责人证件起止期 | 起期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 止期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 长期 | | |

法人代表/负责人联系地址

基本投保信息

| | | | | | |
|----------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|------------------------------|---|
| 保单生效日期 | <input type="checkbox"/> 首期保费到账次日 | <input type="checkbox"/> 保险合同约定日期 | 保单生效日：2024年9月5日 | | |
| 保险期限 | <input type="checkbox"/> 1年 | <input type="checkbox"/> ___月 | <input type="checkbox"/> ___日 | | |
| 缴费频率 | <input type="checkbox"/> 趸缴 | <input type="checkbox"/> 半年缴 | <input type="checkbox"/> 季缴 | <input type="checkbox"/> 月缴 | <input type="checkbox"/> 不定期缴 |
| 缴费方式 | <input type="checkbox"/> 银行转账 | <input type="checkbox"/> 银行代收 | <input type="checkbox"/> 转账支票 | 溢缴保费处理方式 | <input type="checkbox"/> 抵缴保费 <input type="checkbox"/> 退还 |
| 保全保费结算方式 | <input type="checkbox"/> 实时 | <input type="checkbox"/> 月度 | <input type="checkbox"/> 季度 | <input type="checkbox"/> 半年度 | <input type="checkbox"/> 年度 |

转账账户授权栏

| | | | |
|------|------------------------|-----|----------------|
| 开户银行 | 河北省沧州市河北黄骅农村商业银行股份有限公司 | 开户名 | 河北光华荣昌汽车部件有限公司 |
| 银行账号 | 276260122000069725 | | |

1、上述银行账号的账户所有人为实际缴费单位，账户信息真实可靠。本单位同意保险公司将应支付给投保单位的款项划入该账户。

2、如因账户问题导致转账失败或付费失败造成的损失，本单位将自行承担。

询价号：GMITR00248613000348

报价单号：GMITQ2486130000244

| 保险方案 | 投保险种名称 | 保险责任 | 保额/人(元) | 赔付限额/人(元) | 全部保费/人(元) | 免赔额/免赔天数 | 赔付比例(%) | 赔付调节系数(%) | 等待期(天) |
|--|-------------------------|-----------------|---------|-----------|-----------|----------|---------|-----------|--------|
| 方案编码：G1001 方案描述：G1001 人数：58人 全部保费：2586.6元/人 | 光大永明团体安康(A款)定期寿险 | 身故保险金(含高残) | 100000 | 100000 | 240.0 | - | - | - | 30 |
| | 光大永明团体(2021版)意外费用补偿医疗保险 | 意外费用补偿医疗保险金 | 40000 | 40000 | 226.0 | 100.0元 | 90.0% | - | - |
| | 光大永明团体安康(C款)意外医疗保险 | 意外住院津贴保险金 | 150元/天 | 150元/天 | 66.6 | 3天 | - | - | - |
| | 光大永明团体安康意外伤害保险 | 意外伤残保险金/意外身故保险金 | 400000 | 400000 | 2054.0 | - | - | - | - |

保险费合计(大写)：

壹拾伍万零贰拾贰元捌角整 ¥ 150022.8

(数字大写参照表：零壹贰叁肆伍陆柒捌玖拾)

特别约定

1、光大永明团体安康(A款)定期寿险仅承担身故及高残责任，疾病身故及高残责任为对应保额，意外身故及高残保额为0.1万元。2、光大永明团体安康(A款)定期寿险：已患严重既往症人员需在投保前告知保险公司，如未告知则保险公司不承担被保险人严重既往症及其并发症引起的定期寿险，其中严重既往症是指：恶性肿瘤、原位癌、良性脑肿瘤、高血压病(Ⅱ级以上)、心功能不全(Ⅱ级以上)、冠状动脉疾病、心肌梗塞、心肌病、心脏瓣膜病、脑中风后遗症、脑血管疾病、肝硬化、慢性阻塞性肺部疾病、慢性肾脏疾病、糖尿病、运动神经元疾病、帕金森氏症、脑炎后遗症或脑膜炎后遗症、癫痫病、深度昏迷、白血病、再生障碍性贫血、遗传学疾病、先天性畸形、变形或染色体异常、精神疾病、艾滋病、《中华人民共和国传染病防治法》规定的甲类传染病及乙类传染病。3、保险单上载明的生效日之前保险公司不承担任何保险责任。除此之外无其他特别约定。除此之外无其他特别约定。

团体健康告知事项

1、是否有员工患有恶性肿瘤、原位癌、良性脑肿瘤、高血压病(II级以上：收缩压160mmHg以上或舒张压100mmHg以上)、心功能不全(II级以上)、冠状动脉疾病、心肌梗塞、心肌病、心脏瓣膜病、脑中风后遗症、脑血管疾病、肝硬化、慢性阻塞性肺部疾病、慢性肾脏疾病、糖尿病、运动神经元疾病、帕金森氏症、脑炎后遗症或脑膜炎后遗症、癫痫病、深度昏迷(昏迷且已经持续使用呼吸机及其它生命维持系统96小时以上)、白血病、再生障碍性贫血、遗传性疾病、先天性畸形、变形或染色异常、精神疾病、艾滋病、《中华人民共和国传染病防治法》规定的甲类传染病及乙类传染病？

有 无

2、目前是否有员工正在住院、因患病导致减轻工作量或近一年内因病不在工作岗位累计超过30天？

有 无

3、目前是否有女性员工已经怀孕？

有 无

4、目前是否有员工存在身体残疾或功能障碍？

有 无

5、是否有员工因工作原因可能需要出境？

有 无

以上健康告知若回答“是”，请详述(内容包括但不限于员工姓名、患病起始时间、诊断结果、治疗经过、目前状况)，并请相应员工按要求填写《被保险人告知声明书》及提供病历等相关资料。

| 姓名 | 起病时间 | 最近诊疗时间 | 诊疗项目 | 诊断结果 | 目前状况(痊愈、好转) |
|----|------|--------|------|------|-------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

6、是否为此次投保的员工进行入职体检或定期组织员工体检？

有 无

7、是否有员工的职业接触危险物品(例如：燃烧爆炸物、腐蚀性物质、有毒物质、放射线、有害动植物或其他危险物品)或涉及高空作业、潜水或水下作业、隧道坑道、井下作业等危险工作？若回答“是”，请详述：

有 无

8、投保单位是否已参加当地公费医疗或社会基本医疗保险？

有 无

9、过去三年中是否发生过死亡或伤残情况？(若“是”，请告知人数)

有 无

发生于__年，疾病死亡__人；疾病伤残__人；意外死亡__人；意外伤残__人

发生于__年，疾病死亡__人；疾病伤残__人；意外死亡__人；意外伤残__人

发生于__年，疾病死亡__人；疾病伤残__人；意外死亡__人；意外伤残__人

投保须知栏

为切实保障您的各项权益，请在填写投保书前仔细阅读以下须知：

- 1、您的权利：**您有权要求光大永明销售人员出示有效工作证件及身份证，并有权要求销售人员提供条款。为详知您所投保的保险内容，请仔细阅读所投保的保险条款，特别提示您应注意条款中的“**免除保险人责任的条款**”和“**合同解除权条款**”。请您了解**退保条件标准和退保流程时限**，在保险合同有效期内，您可随时申请解除保险合同。保险公司收到解除合同申请书时，保险合同终止。一年期以上的人身保险产品一般有犹豫期的有关约定。自您签收保险合同之日起，有15日的犹豫期（具体以保险合同条款约定为准。监管有其他规定的，按照监管规定计算犹豫期）。若您在犹豫期内要求解除保险合同，保险公司在收到犹豫期退保申请材料后30日内，扣除不超过10元工本费后无息退还已收到的全部保险费，保险合同自始无效。若您在犹豫期后要求解除保险合同，保险公司在收到解除合同申请材料后30日内向您退还保险合同终止时的保险单现金价值。
- 2、您的义务：**对我公司在投保书中所询问的事项，您和被保险人应在投保书中向我们如实告知。您和被保险人的任何隐瞒或遗漏，均有可能影响到我公司的承保决定。一经发现，**我公司可以依法解除团体保险合同或团体下该被保险人的个人保险合同，对保险合同解除前发生的保险事故不承担保险责任。**
- 3、填写要求：**请单位联系人在投保书上亲笔签名，严禁代签字，同时投保人须在投保书上加盖公章。投保书须用蓝黑色、黑色墨水的钢笔或签字笔填写，字迹清晰，不应有涂改。联系人手机号与邮箱请清晰、准确填写，该信息将作为单位接收电子保单的重要渠道。
- 4、保险合同生效日：**投保人提交的投保书行为为投保申请，经我公司审核通过，且足额缴纳保险费后，我公司将签发保险单作为承保凭证，自保险单上载明的生效日起开始承担保险责任，如涉及保险单周年日以该日期为基础计算。
- 5、公司声明：**销售人员及其他人与本投保书或保险合同条款内容不符的说明或承诺均无效。任何告知事项均应由单位联系人完整无误的填写在投保书中，我公司及销售人员不接受投保人及相关人员的任何口头告知事项，所有告知事项均以投保书中的填写为准。
- 6、公司承诺：**我公司将严格保障投保人及被保险人信息资料的安全性，在未经投保人及被保险人同意的情况下，不会将获取的信息用于任何第三方机构的销售活动。

投保人声明栏

- 1、贵公司及其销售人员已向投保人提供所投保产品条款及保险产品说明，并对产品条款、贵公司和投保人达成一致意向的特别约定内容及保险协议，尤其是对**免除责任条款、合同解除条款**进行了详细解释和明确说明。投保人及其被保险人均已经认真阅读并理解所投保产品的条款、投保须知、特别约定及保险协议，以上各方均无异议并同意遵守。如被保险人未能完成上述行为而导致纠纷造成保险人损失的，由投保人承担相关责任。
- 2、投保人、被保险人关于本投保书、与投保书有关的**团体健康告知事项、附件、问卷、体检报告及**对体检医生的各项声明陈述均为如实告知且确实无误。若不属实或未进行如实告知，贵公司有权依法解除保险合同，并对解除合同前所发生的**保险事故均不承担保险责任。所有告知事项以书面为准，口头告知无效。**
- 3、投保人已知悉：贵公司应负的保险责任自贵公司签发的正式保险合同上所载明的日期开始，在约定生效日期前发生的**保险事故，保险公司不承担保险理赔责任。**
- 4、投保人已知悉：保险合同有关资料(如联系方式、银行账户等)发生变化时，投保人有义务及时通知贵公司，否则造成的损失由本单位承担。
- 5、投保人确保全体被保险人知悉并认可单位联系人代为办理贵公司团体保险投保、后续保单服务等相关事宜，若被保险人对投保、后续保单服务事宜有疑问由投保人负责解释。
- 6、投保人同意提供被保险人员工的个人账户信息并征得被保险人同意，当发生各项款项支付时，被保险人同为受益人的，保险公司可将该款项划至其个人账户。投保人提供的被保险人账户信息真实有效。因账户问题导致转账无法成功的，投保人自行承担由此引发的后果。
- 7、投保人同意在下列情况中，保险公司有权披露因本合同而获得的投保被保险人信息：
 - (1) 根据法律法规要求进行披露。
 - (2) 因保险监管部门、其他行政管理部门要求或监管机构授权认可第三方机构因查阅、调取而进行披露。
- 8、 **投保人同意授权单位联系人进行保单回执的签收**

特此声明！

| | | |
|--------|-------------------|--|
| 投保人盖章： | 单位联系人签名： | |
| 日期： | ____年 ____月 ____日 | |

据您所知，客户的投保行为是否受“除投保人、被保险人、受益人以外的人员或机构（即第三方）”的要求或是由其提供资金而发生的：



是 否

客户经理签字: