

三、团体告知事项

1	主被保险人是否为单位在职在岗员工?	是□ 否□
2	目前是否有被保险人尚在住院或病休中?	是□ 否□
3	近一年内是否有因患病而不能全勤工作累计超过两周或减轻劳动量的员工?	是□ 否□
4	是否有智能障碍或身体残障员工?	是□ 否□
5	被保险人过去是否患有或曾有下列症状或疾病? 恶性肿瘤(含原位癌)、心脏病、心肌梗塞、脑中风、脑瘤、脑炎后遗症或脑膜炎后遗症、主动脑血管瘤、慢性呼吸衰竭、终末期肺病、重症肝炎、肝硬化、肾衰竭、再生障碍性贫血、糖尿病合并严重并发症、高血压 III 级、红斑狼疮、重症肌无力、运动神经元疾病、恶性葡萄胎、艾滋病、埃博拉病毒感染、精神类疾病、痴呆、瘫痪、癫痫、深度昏迷或其他正在治疗的疾病或外伤。	是□ 否□
6	目前是否有怀孕超过 28 周或产后不足四周的员工?	是□ 否□
7	被保险人是否需要参加飞行、潜水、登山、攀岩、赛车、赛马、举重、武术比赛、滑雪、滑浪、漂流、蹦极等危险活动?	是□ 否□
8	被保险人是否因工作原因需要前往正在或经常发生自然灾害、病疫、战乱、动乱、种族冲突、政局动荡的危险地区或国家?	是□ 否□
9	被保险人的职业是否涉及或接触任何危险物(化学物质、爆炸物、有毒物质或其他危险物)、高处作业(指在距坠落高度基准面 2 米或 2 米以上有可能坠落的高处进行的作业)、380v(含 380v)以上的高压作业、潜水或水下作业、隧道坑道或井下作业等危险工作?	是□ 否□
10	被保险人中是否存在中信保诚人寿保险有限公司《职业分类表》中的下列拒保职业人员? 矿工、爆破工、井下作业工、湖盐采掘爆破工、坑探工、地震物探爆破工、海洋地质取样工、航道航务施工工、潜水工程人员、爆破工程人员、海上救助打捞工程技术人员(参与海上艘救、打捞行动)、航空环控救生装备试验工(空中试验)、安装玻璃幕墙工人、船体切割人员(船上)、高炉炉前工、爆破工、石棉制品工、硫酸生产工、硝酸生产工、盐酸生产工、磷酸生产工、纯碱生产工、烧碱生产工、氟化盐生产工、缩聚磷酸盐生产工、火药、炸药、爆竹、烟火制造及处理人员、核子化学工程工作人员(含核电工人)、战地记者、特技演员、高空杂技飞车飞人演员、动物园驯兽师、保安、电力高压电工程安装架设人员、防暴警察、消防队队员、防毒防化防核抢险员、保镖、空军飞行官兵、海军海洋巡戈舰艇及潜艇台官兵、特种兵(伞兵、水中爆破兵、化学兵、负有布雷爆破任务之工兵、情报单位任负有特殊任务者...等)、两栖部队(蛙人、负有布雷爆破之人员)等、前线军人、火工装药工、雷管制造工、索状爆破器材制造工、火工品装配工、爆破器材试验工、散打运动员、职业拳击运动员、无业人员。	是□ 否□
<p>以上回答第 1 点回答为“否”或其他告知事项回答为“是”的，请附页详细告知并加盖与投保书一致的印章。如有诊治病历及相关检查报告，请一并提供。</p>		

四、险种资料(币值单位：人民币元)

险种名称	公共账户 交费金额	个人账户 交费金额	保费合计
	元	元	元
保费合计	大写人民币		
投保人员以《团体保险人员名册》为准			

五、特别约定(若无内容，请注明“无特别约定”；若有，请在结束处注明“无其他特别约定”。)

--	--

六、其它告知事项

七、同意投保证明

本单位就投保中信保诚人寿保险有限公司的团体保险事宜已向_____名被保险人（详见团体保险人员名册）或其监护人进行了逐一告知。所有被保险人或其监护人均同意以本单位作为投保人向贵公司投保团体保险，且所有被保险人或其监护人已经了解团体保险保障责任和各项免除贵公司责任的条款。

八、投保单位与被保险人声明及确认事项

（一）保险合同内容说明确认

1. 本单位/本人（指投保人及被保险人）已阅知、理解并同意遵守投保须知。
2. 中信保诚人寿保险有限公司（以下简称“贵公司”）已就本单位（指投保人）投保的保险产品尤其是免除贵公司保险责任的条款进行详细说明，本单位已经阅读贵公司提供的保险条款，对于所投保保险种的各项内容尤其是对**保险合同犹豫期、投保人权利义务、保险责任、免除保险公司责任的条款、保险期间、解除保险合同、理赔程序和理赔文件要求**等相关内容均已清晰了解。
3. 本单位（指投保人）投保分红/投资连结/万能保险产品，已认真阅读并理解产品说明书/建议书，**清晰了解产品风险和相关费用**。

（二）告知事项及权益确认

1. 本单位（指投保人）知晓所有保险合同事项均以保险合同所载为准，除由贵公司经正式程序修改或批注的内容外，其它任何的口头及书面陈述、报告或合约均无效，贵公司无需负责。
2. 本单位/本人（指投保人及被保险人）知悉投保书上所须填写的、随附文件记载的单位和个人信息均为必填事项，确认提交贵公司的单位和个人信息为本单位、被保险人及相关信息主体自愿提供的真实信息，投保人、被保险人及受益人信息、投保事项信息均准确无误，健康、财务、转账授权信息及其他告知信息属实。若信息不实，贵公司有权依法解除保险合同，并对合同解除前发生的保险事故不承担保险责任。
3. 本单位（指投保人）已通过查阅贵公司官网（www.citic-prudential.com.cn），**知悉贵公司《职业分类表》，理解其含义并依据其为被保险人所属的职业进行分类**，若所填报的职业类别与实际不符，影响贵公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，贵公司有权解除保险合同且不承担保险责任。

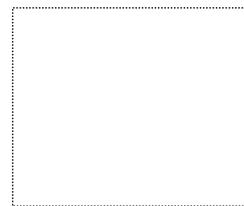
(三) 个人信息使用授权确认

1. 本单位/本人（指投保人及被保险人）确认，已经通过查阅贵公司官网，阅读、理解并同意《中信保诚隐私政策》的全部内容。
2. 本单位/本人（指投保人及被保险人）确认，相关涉及个人信息收集和处理事宜，已告知被保险人、受益人、联系人、法定代表人(负责人)等相关信息主体并已获得上述信息主体的明确授权同意，如涉及法律纠纷，由本单位/本人承担相关责任。
3. 基于本单位/本人（指投保人及被保险人）的同意、履行保险合同的必要以及《中信保诚隐私政策》中“我们如何收集和使用您的个人信息”所述的目的、法律依据和方式，在法律法规许可的范围内：
 - 1) 同意贵公司及贵公司的合作机构处理本人、受益人、联系人、法定代表人(负责人)的个人信息（其中可能含有贵公司隐私政策中“附录 1：定义”项下所述的敏感个人信息）。《中华人民共和国个人信息保护法》规定，敏感个人信息包括生物识别、宗教信仰、特定身份、医疗健康、金融账户、行踪轨迹、不满十四周岁未成年人的个人信息。
 - 2) 同意贵公司将本人、受益人、联系人、法定代表人(负责人)的个人信息披露或提供给贵公司隐私政策中“我们如何委托处理、对外提供、转让、公开披露您的个人信息”项下所述的第三方。贵公司的合作机构可对上述个人信息进行有效性核验、存储、登记、合理的使用与传递。
 - 3) 同意贵公司将本人、受益人、联系人、法定代表人(负责人)的个人信息根据贵公司隐私政策中“您的个人信息如何在全球范围转移”项下所述的中国境外处理，并提供给隐私政策中“我们如何委托处理、对外提供、转让、公开披露您的个人信息”项下所述中国境外的接受方。
4. 本单位/本人（指投保人及被保险人）同意贵公司在实现处理目的所需的期限内保存及使用投保人、被保险人、受益人、联系人、法定代表人(负责人)的个人信息。除法律法规另有规定或本单位/本人另有授权外，保存期限从保险合同终止之日起计算至少保存 10 年。

(四) 其他事项确认

1. 本单位（指投保人）**知晓贵公司未授权保险营销员、保险代理机构和保险兼业代理机构向本单位以现金方式收取保险费。**
2. 本单位/本人（指投保人及被保险人）明确了解服务人员的服务内容仅限于依据保险条款解释保险产品，说明填写投保书的注意事项，接受及转送有关投保文件和合同，并知晓贵公司的服务人员无权决定此投保申请或今后的理赔申请是否被接受。

特此声明



投保单位签章

投保日期： 年 月 日

以下由本公司填写：

初审人员提示：

初审人员签名：

日期： 年 月 日