

团体年金保险投保书

业务来源: ☒ 团险渠道 ☐ 银保渠道 ☐ 销售模式: ☒ 直销 ☐ 交叉 ☐ 中介 ☐ 网销

营销服务部/所属组织代码: ***** / ***** 中介机构/中介机构代码: /

服务人员 1 姓名/代码/联系电话: / /

服务人员 2 姓名/代码: / 团险业务经理姓名/代码: 黄五 / CHN00*****

招揽别: 多模式代码: 银保客户经理姓名/代码: /

投保单号码	0	2	1	0	1	0	1	1	2	3	4	5	0	5	0
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

投保须知

- ◆ 本投保书为保险合同的组成部分, 为确保您的权益, 请用深蓝或黑色字体的钢笔或签字笔填写。投保单位务必签上单位印鉴。
- ◆ 请投保单位在签章前仔细阅读“投保单位与被保险人声明及确认事项”栏, 并确认投保单位已向被保险人告知投保团体保险事宜, 且已获得被保险人同意。
- ◆ 保险合同在本公司同意承保时成立, 本公司将及时签发保险单。保险合同生效日期以保险单载明的日期为准。如本公司经审核不同意承保, 将无息全额退还保险费。
- ◆ 在保险期间内, 投保单位可以申请解除保险合同, 本公司将自收到解除合同通知之日起 30 日内, 按照合同约定退还保险单的未满期净保险费或现金价值。依据保险合同约定享有犹豫期的产品, 如投保单位在犹豫期内提出解除保险合同, 本公司将无息退还所支付的保险费。
- ◆ 依据我国保险法规定, 投保单位应如实告知本公司书面询问的事项, 如因故意或重大过失未履行如实告知义务且足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的, 本公司有权解除保险合同且不承担保险责任。
- ◆ 本投保书所列各项保险合同 (包括主合同及附加合同), 其权利、义务及释义依其条款约定办理。
- ◆ 为确保投保单位权益, 请采用支票或转账方式支付保费, 如采用银行代收方式, 投保单位必须授权其员工亲自到本公司指定的银行支付保险费。
- ◆ 如果您发现销售人员在保险销售过程中存在误导销售行为, 或认为自身权益受到侵犯, 或有不明确之处, 可致电本公司全国统一客户服务热线 4008-838-838。

一、投保单位资料

单位信息	投保单位全称	***公司				邮政编码	*****				
	单位地址	XX 省/直辖市 XX 市 XX 区 (县) XX 路 XX 栋 XX 号									
	经营范围	XX 投资	单位性质	国有	行业类别	金融	法定代表人 (负责人)	李四			
	国籍 (法人代表国籍)	中国	证件类型 (法人代表证件类型)	身份证	证件号码 (法人代表证件号码)	430101*****030x					
	单位证件类型	营业执照	单位证件号码	4501000000000		社保登记证号 (按当地监管部门要求选填)					
	单位总人数 (在职人员总人数)	80		主被保险人人数 (人数以人员名册为准)	80		眷属被保险人人数 (人数以人员名册为准)	0			
联系人信息	联系人姓名	张三		所属部门	人力资源部		联系人职务	助理			
	国籍 (联系人国籍)	中国	证件类型 (联系人证件类型)	身份证	证件号码	430202*****040x	有效期: 2020-01-01 至 2040-01-01				
	联系人手机号码	189*****		电子邮箱	***@*.com.cn						

二、投保资料

被保险人凭证选择	☒ 电子凭证 ☐ 纸质凭证		是否股东业务	☐ 是 ☒ 否		
是否有签订保险协议	☐ 是 ☒ 否		是否存在单个被保险人保险费金额人民币≥20 万元	☐ 是 ☒ 否 若选择是, 请另填写《受益所有人信息收集表》		
初始费用比例	5 %		保单管理费比例	0 %		
领取年龄	男性 60 周岁 女性 55 周岁		个人账户保单管理费收取方式	☒ 从个人账户单位缴费部分收取 ☐ 从公共账户收取		
退保费用比例	☒ 以保险条款约定为准 ☐ 以本投保书约定为准 (勾选此项时请填写下方各年度对应的比例)					
	保单年度	第 1 年	第 2 年	第 3 年	第 4 年	以后各年
	比例	%	%	%	%	%

三、险种及保费信息 (个人账户缴费明细信息以《团体保险人员名册》为准)

险种名称	公共账户 缴费金额	个人账户 单位缴费金额	个人账户 个人缴费金额	合计保费小写
中信保诚[信福众享]团体年金保险 (万能型)	800000 元	200000 元	0 元	1000000 元
保费合计金额大写	人民币 壹佰万元整			

四、权益归属等级

归属规则等级划分	☒ 统一标准 ☐ 按职务级别 ☐ 按工种 ☐ 按工资 ☐ 按其他方式请说明：					
等级名称	各等级名称及不同年限归属百分比 (最多不能超过 6 个等级)					
已满年数	等级 1:	等级 2:	等级 3:	等级 4:	等级 5:	等级 6:
1 年	80 %	%	%	%	%	%
5 年	100 %	%	%	%	%	%
年	%	%	%	%	%	%
年	%	%	%	%	%	%
年	%	%	%	%	%	%
年	%	%	%	%	%	%

上表权益归属已满年数的计算起始日期是： ☐从受雇之日起 ☒从加入本保险之日起

对于个人账户单位缴费部分归属被保险人比例情况，请在上表 “各等级名称及不同年限归属百分比” 中详细填写

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”。)

无特别约定。

六、其他告知事项

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 80 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。

（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（www.citic-prudential.com.cn），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

单位盖章

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