

常青树个人意外伤害保险投保单

请以正楷字体完整填写投保单各项内容，如有涂改，请于涂改处签名确认。

投保人姓名：	出生日期	年	月	日	身份证号码：
联系地址：					邮编：
联系电话：	电子邮件：			与被保险人关系：	
被保险人： <input type="checkbox"/> 同投保人	出生日期	年	月	日	身份证号码：
职业：	工作单位：			性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
投保计划(保费)	<input type="checkbox"/> 计划A：150元 <input type="checkbox"/> 计划B：450元 <input type="checkbox"/> 计划C：750元 <input type="checkbox"/> 计划D：300元 <input type="checkbox"/> 计划E：600元				
身故保险金 受益人	指定受益人姓名	指定受益人身份证号码	与被保险人关系	分配比例 %	若身故受益人资料空白，则身故保险金受益人默认为法定；若未填写受益份额，身故保险金受益人按照相等份额享有身故保险金。

保障计划 (人民币元)

保障利益	保险金额				
	计划 A	计划 B	计划 C	计划 D	计划 E
意外身故及伤残	100,000	300,000	500,000	200,000	400,000
公共交通工具 (民航客机) 意外身故及伤残	200,000	600,000	1,000,000	400,000	800,000
公共交通工具 (民航客机除外) 意外身故及伤残	100,000	300,000	500,000	200,000	400,000
自驾车意外身故及伤残	100,000	300,000	500,000	200,000	400,000
意外医疗费用补偿 (无免赔额, 扩展社保外医疗)	5,000	15,000	25,000	10,000	20,000
意外每日住院补贴 (普通病房)	100/天	300/天	500/天	200/天	400/天
意外每日住院补贴 (重症监护病房)	200/天	600/天	1,000/天	400/天	800/天

投保须知：

1. 本保障的被保险人为身体健康、能正常工作或正常生活的自然人。
2. 被保险人职业必须为 1-3 类职业，详细请参见史带财险职业分类表。
3. 投保人的可保年龄为 18 周岁至 65 周岁。被保险人的可保年龄为 6 个月至 65 周岁。
4. 6 个月至 9 周岁的未成年人“意外身故及伤残保险金”的累计保险金额不得超过人民币 20 万元；10 至 17 周岁的未成年人“意外身故及伤残保险金”的累计保险金额不得超过人民币 50 万元。若 6 个月至 17 周岁的未成年被保险人的保险金额超过上述规定，则以上述规定的保险金额为限。“公共交通工具意外身故及伤残”及“自驾车意外身故及伤残”保障不适用于未成年人。
5. 本产品仅限在本公司所属分支机构区域的常住居民投保。
6. 退休人员、家庭主妇只能参与投保计划 A。
7. 被保险人因同一意外事由入住普通病房的给付天数不超过 100 天，其中入住重症监护病房给付天数不超过 30 天。
8. 本计划不承保在北京市平谷区任一医院发生的治疗。请注意：北京平谷区所有医院的就医均不予理赔。
9. 此保险计划仅承保在保险期间内有 182 天以上居住在中华人民共和国境内 (不包含香港、澳门和台湾) 的中国籍人员。
10. 对于投保计划 C 的被保险人，其月固定收入不得低于 8000 元人民币，保险人保留要求被保险人提供其投保时固定收入证明作为索赔必要材料的权利。
11. 每个被保险人限购一份，多投无效，不同计划重叠购买的无效。若被保险人在保单有效期内自愿投保由本公司承保的多种保险产品 (不包括团体保险及旅行保险)，且在不同保险产品或同一保险产品的不同计划中有相同保障或相同保险利益的，保险人仅按相同保障或相同保险利益中保险金额最高者做出赔偿，并退还其他保险或计划项下已收取的相应保障或保险利益的保险费。

投保人及被保险人声明

1. 本人兹申请史带财产保险股份有限公司 (以下简称“贵公司”) 的“《史带个人人身意外伤害保险条款 (2014) 版》及其附加条款”，并声明以上陈述及各项细节属真实无讹，且没有隐瞒任何重大事实以影响贵公司评估风险或接受本投保申请。本人同意本投保单将会构成投保人与贵公司所签署的保险合同的依据。若未能披露与本保险相关之重大事实将可能导致贵公司不承担任何保险责任。保险合同生效日期以保险单所载生效日期为准，贵公司承担保险责任须以投保人缴付约定保险费并经贵公司同意承保为前提。
2. 本人现获悉及保证：被保险人绝不会违反医生的劝告及旅行目的不在于治疗疾病。被保险人现在身体健康并无任何不适宜旅行的精神状态或身体状况，且对任何可能导致旅行取消或中断的状况并不知晓。
3. 本人同意贵公司为本保险的目的收集本人的个人资料 (该资料不论是从本投保单上或其他地方所获取) 并授权可由贵公司或任何与贵公司有关的机构或其他人士 (不论在中国或海外地方) 持有、转告及用于 (1) 处理及审核本投保单或其他保险事宜 (2) 提供与该保险有关之服务，及 (3) 与本人联络的用途。
4. 在中国法律允许或要求的范围内，本人同意并授权贵公司将个人信息及保单信息提供给当地保险行业协会的保险信息平台以做合理利用。
5. 本人同意贵公司通过本人提供的手机号码免费提供投保短信提示 (限北京地区投保)。
6. 本人确认：本人已经认真阅读保险合同所载明的约定，尤其是免除保险人责任的约定，并对贵公司就保险合同的内容说明和提示完全理解，没有异议，申请投保。本人知晓所有保险责任均以本保险合同所载为准。
7. 本人明白：于订立本保险合同或因履行本保险合同发生争议时，本人可与贵公司协商选择以诉讼或仲裁的方式，解决因履行保险合同发生的争议。

保险人将自主根据续保当时最新的产品现状及赔付记录等因素综合考量，以确定是否继续承保。续保保险费根据续保时本合同所承保的风险，按当时本公司核定的费率计算；若有调整，保险人将书面通知投保人。

本人在此声明并同意上述续保规定，若保险公司做出续保决定且本人无异议，则同意续保。

投保人签名：_____ 被保险人签名：_____ 监护人签名：_____ 申请日期：_____

【以下由代理人/经纪公司/保险公司填写】

代理人/经纪公司填写专用栏				史带保险公司专用栏			
单位		业务员签名		渠道经理		出单人员	
备注		日期		保单号码		出单时间	
公司发票	名称：			备注			

常青树个人意外伤害保险投保单(港澳台专用)

请以正楷字体完整填写投保单各项内容，如有涂改，请于涂改处签名确认。

投保人姓名：		出生日期 年 月 日		身份证号码：	
联系地址：				邮编：	
联系电话：			电子邮件：		与被保险人关系：
被保险人： <input type="checkbox"/> 同投保人		出生日期 年 月 日		身份证号码：	
职业：		工作单位：		性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
投保计划(保费) <input type="checkbox"/> 计划A：180元 <input type="checkbox"/> 计划B：540元 <input type="checkbox"/> 计划C：900元 <input type="checkbox"/> 计划D：360元 <input type="checkbox"/> 计划E：720元					
身故保险金 受益人	指定受益人姓名	指定受益人身份证号码	与被保险人关系	分配比例%	若身故受益人资料空白，则身故保险金受益人默认为法定；若未填写受益份额，身故保险金受益人按照相等份额享有身故保险金。

保障计划 (人民币元)

保障利益	保险金额				
	计划 A	计划 B	计划 C	计划 D	计划 E
意外身故及伤残	100,000	300,000	500,000	200,000	400,000
公共交通工具 (民航客机) 意外身故及伤残	200,000	600,000	1,000,000	400,000	800,000
公共交通工具 (民航客机除外) 意外身故及伤残	100,000	300,000	500,000	200,000	400,000
自驾车意外身故及伤残	100,000	300,000	500,000	200,000	400,000
意外医疗费用补偿 (无免赔额，扩展社保外医疗)	5,000	15,000	25,000	10,000	20,000
意外每日住院补贴 (普通病房)	100/天	300/天	500/天	200/天	400/天
意外每日住院补贴 (重症监护病房)	200/天	600/天	1,000/天	400/天	800/天

投保须知：

1. 本保障的被保险人为身体健康、能正常工作或正常生活的自然人。
2. 被保险人职业必须为 1-3 类职业，详细请参见史带财险职业分类表。
3. 投保人的可保年龄为 18 周岁至 65 周岁。被保险人的可保年龄为 6 个月至 65 周岁。
4. 6 个月至 9 周岁的未成年人“意外身故及伤残保险金”的累计保险金额不得超过人民币 20 万元；10 至 17 周岁的未成年人“意外身故及伤残保险金”的累计保险金额不得超过人民币 50 万元。若 6 个月至 17 周岁的未成年被保险人的保险金额超过上述规定，则以上述规定的保险金额为限。“公共交通工具意外身故及伤残”及“自驾车意外身故及伤残”保障不适用于未成年人。
5. 本产品仅限在本公司所属分支机构区域的常住居民投保。
6. 退休人员、家庭主妇只能参与投保计划 A。
7. 被保险人因同一意外事由入住普通病房的给付天数不超过 100 天，其中入住重症监护病房给付天数不超过 30 天。
8. 本计划不承保在北京市平谷区任一医院发生的治疗。请注意：北京平谷区所有医院的就医均不予理赔。
9. 此保险计划仅承保在保险期间内有 182 天以上居住在中华人民共和国境内之香港，澳门和台湾的人士。
10. 对于投保计划 C 的被保险人，其月固定收入不得低于 8000 元人民币，保险人保留要求被保险人提供其投保时固定收入证明作为索赔必要材料的权利。
11. 每个被保险人限购买一份，多投无效，不同计划重叠购买的无效。若被保险人在保单有效期内自愿投保由本公司承保的多种保险产品（不包括团体保险及旅行保险），且在不同保险产品或同一保险产品的不同计划中有相同保障或相同保险利益的，保险人仅按相同保障或相同保险利益中保险金额最高者做出赔偿，并退还其他保险或计划项下已收取的相应保障或保险利益的保险费。

投保人及被保险人声明

1. 本人兹申请史带财产保险股份有限公司（以下简称“贵公司”）的“《史带个人人身意外伤害保险条款（2014）版》及其附加条款”，并声明以上陈述及各项细节属真实无讹，且没有隐瞒任何重大事实以影响贵公司评估风险或接受本投保申请。本人同意本投保单将会构成投保人与贵公司所签署的保险合同的依据。若未能披露与本保险相关之重大事实将可能导致贵公司不承担任何保险责任。保险合同生效日期以保险单所载生效日期为准，贵公司承担保险责任须以投保人缴付约定保险费并经贵公司同意承保为前提。
2. 本人现获悉及保证：被保险人绝不会违反医生的劝告及旅行目的不在于治疗疾病，被保险人现在身体健康并无任何不适宜旅行的精神状态或身体状况，且对任何可能导致旅行取消或中断的状况并不知晓。
3. 本人同意贵公司为本保险的目的收集本人的个人资料（该资料不论是从本投保单上或其他地方所获取）并授权可由贵公司或任何与贵公司有关的机构或其他人士（不论在中国或海外地方）持有、转告及用于（1）处理及审核本投保单或其他保险事宜（2）提供与该保险有关之服务，及（3）与本人联络的用途。
4. 在中国法律允许或要求的范围内，本人同意并授权贵公司将个人信息及保单信息提供给当地保险行业协会的保险信息平台以做合理利用。
5. 本人同意贵公司通过本人提供的手机号码免费提供投保短信提示（限北京地区投保）。
6. 本人确认：本人已经认真阅读保险合同所载明的约定，尤其是免除保险人责任的约定，并对贵公司就保险合同的内容说明和提示完全理解，没有异议，申请投保。本人知晓所有保险责任均以本保险合同所载为准。
7. 本人明白：于订立本保险合同或因履行本保险合同发生争议时，本人可与贵公司协商选择以诉讼或仲裁的方式，解决因履行保险合同发生的争议。

保险人将自主根据续保当时最新的产品现状及赔付记录等因素综合考量，以确定是否继续承保。续保保险费根据续保时本合同所承保的风险，按当时本公司核定的费率计算；若有调整，保险人将书面通知投保人。

本人在此声明并同意上述续保规定，若保险公司做出续保决定且本人无异议，则同意续保。

投保人签名：_____ 被保险人签名：_____ 监护人签名：_____ 申请日期：_____

【以下由代理人/经纪公司或保险公司填写】

代理人/经纪公司填写专用栏				史带保险公司专用栏			
单位		业务员签名		渠道经理		出单人员	
备注		日期		保单号码		出单时间	
公司发票	名称：			备注			

常青树团体意外伤害保险投保单

投保单位资料

投保单位：	业务性质：
办公地址：	邮政编码：
组织机构代码号：	联系电话：

保险单资料

保险期间	由：_____ (年/月/日)	至：_____ (年/月/日)
身故保险金受益人	本保险的身故保险金受益人默认为法定	
总投保人数	_____ 人	投保人数/单位总人数：_____ %

保障利益

保障利益	保障限额 (人民币：元)				
	计划A	计划B	计划C	计划D	计划E
意外身故及伤残	100,000	300,000	500,000	200,000	400,000
公共交通工具意外身故及伤残 (民航客机)	200,000	600,000	1,000,000	400,000	800,000
公共交通工具意外身故及伤残 (除外民航客机)	100,000	300,000	500,000	200,000	400,000
自驾车意外身故及伤残	100,000	300,000	500,000	200,000	400,000
意外医疗费用补偿 (无免赔额, 扩展社保外医疗)	5,000	15,000	25,000	10,000	20,000
意外每日住院补贴 (普通病房, 100天为限)	100/天	300/天	500/天	200/天	400/天
意外每日住院补贴 (重症监护病房, 30天为限)	200/天	600/天	1,000/天	400/天	800/天
每一意外事故总赔偿限额	1,000,000	3,000,000	5,000,000	2,000,000	4,000,000
每人每年保险费	150	450	750	300	600

投保须知：

1. 本保险的投保人为对被保险人有保险利益的机关、企业、事业单位和社会团体。团体投保时，符合条件的人员需全员投保。
2. 本保险的被保险人为身体健康、能正常工作或正常生活的自然人。但不包括任何国家或国际组织认定的恐怖分子或恐怖组织成员，或非法从事毒品、核武器、生物或化学武器交易人员。
3. 本保险所称的每一意外事故的总赔偿限额是指对任一意外事故，本保险公司对所有被保险人于意外身故及伤残保障及双倍给付意外伤害保障（如有）项下支付的赔偿金额的最高限额。如在任一意外事故中，该总赔偿限额低于按每一被保险人的保险金额支付的赔偿金额，则本保险公司将根据总赔偿限额与每一被保险人的保险金额的比例赔偿予每一被保险人。
4. 本保险不承保体育类和健身类俱乐部，且被保险人为未成年人的，需有监护人书面确认。
5. 本保险意外伤残为一至十级伤残。
6. 被保险人职业必须为 1-3 类职业，详细请参见史带财险职业分类表。
7. 被保险人的可保年龄为 6 个月至 65 周岁，以申请时被保险人的周岁年龄为准。
8. 6 个月至 9 周岁的未成年人“意外身故及伤残保险金”的累计保险金额不得超过人民币 20 万元；10 至 17 周岁的未成年人“意外身故及伤残保险金”的累计保险金额不得超过人民币 50 万元。若 6 个月至 17 周岁的未成年被保险人的保险金额超过上述规定，则以上述规定的保险金额为限。“公共交通工具意外身故及伤残”及“自驾车意外身故及伤残”保障不适用于未成年人。
9. 本产品仅限在本公司所属分支机构区域的机关团体及企事业单位投保。
10. 退休人员、家庭主妇只能参与投保计划 A。
11. 被保险人因同一意外事由入住普通病房的给付天数不超过 100 天，其中入住重症监护病房给付天数不超过 30 天。

12. 本计划不承保在北京市平谷区任一医院发生的治疗。请注意：北京平谷区所有医院的就医均不予理赔。
13. 此保险计划仅承保在保险期间内有 182 天以上居住在中华人民共和国境内（不包含香港，澳门和台湾）的中国籍人员。若需要承保外籍人员，我公司将在现有保费基础上加收 20%。
14. 对于投保计划 C 的被保险人，其月固定收入不得低于 8000 元人民币，保险人保留要求被保险人提供其投保时固定收入证明作为索赔必要材料的权利。
15. 每个被保险人限购买一份，多投无效，不同计划重叠购买的无效。若被保险人在保单有效期内自愿投保由本公司承保的多种保险产品（不包括团体保险及旅行保险），且在不同保险产品或同一保险产品的不同计划中有相同保障或相同保险利益的，保险人仅按相同保障或相同保险利益中保险金额最高者做出赔偿，并退还其他保险或计划项下已收取的相应保障或保险利益的保险费。
16. 根据《中华人民共和国反洗钱法》及中国保监会的相关规定，全年保费达到或超过 20 万，需提供下列资料：

工商营业执照	营业执照号码		营业执照有效期	自	年	月	日
	注册地址						
组织机构代码证	组织机构代码						
税务登记证	税务登记证号码						

上述三证的影印件或复印件需在投保时同时提供。

投保人/被保险人声明：

1. 投保人兹申请史带财产保险股份有限公司(以下简称“保险人”)的“**史带团体意外伤害保险及其附加险**”，并声明以上陈述及各项细节均真实无讹，且没有隐瞒任何重大事实以影响保险人评估风险或接受本投保申请。投保人同意本投保单将会构成投保人与保险人所签署的保险合同的依据，若未能披露与本保险相关之重大事实将可能导致保险人不承担任何保险责任。保险合同生效日期以保险单所载生效日期为准，保险人承担保险责任须以投保人缴付约定保险费并经保险人同意承保为前提。
2. 投保人同意保险人为本保险的目的收集投保人的个人资料(该资料不论是从本投保单上或其他地方所获取)并授权可由保险人或任何与保险人有关的机构或其他人士(不论在中国或海外地方)持有,转告,及用于(1)处理及审核本投保单或其他保险事宜(2)提供与该保险有关之服务,及(3)与投保人联络的用途。
3. 投保人确认已经认真阅读保险单中所载明的约定,尤其是**免除保险人责任的约定**,并对保险人就保险合同的内容说明和提示完全理解,没有异议,申请投保。
4. 投保人明白：于订立本保险合同时或因履行本保险合同发生争议时,投保人可与保险人协商选择以诉讼或仲裁的方式,解决因履行保险合同发生的争议。

投保单位签署及盖章	日期

保险公司专用栏

业务员编号:	临时收款凭证:
业务员姓名:	核保签署栏：

附件一：被保险人员名单

序号	姓名	身份证/护照号码	职业(工种)	投保计划	保险费
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

投保单位签署及盖章： _____

日期： _____