

人身保险投保书

投保人	姓名: _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 国籍: _____ 户籍所在地类别: 城镇 <input type="checkbox"/> 农村 <input type="checkbox"/> 出生日期: _____ 年 月 日
	证件类型: <input type="checkbox"/> 境内居民身份证 <input type="checkbox"/> 其他证件 _____ 证件号码 _____
	证件有效起期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 证件有效止期: _____ 年 _____ 月 _____ 日或 <input type="checkbox"/> 长期
	手机 _____ E-MAIL: _____ 职业/行业: _____ 职业代码 _____
	联系地址: _____ 省/自治区/直辖市 _____ 市/州/地区/盟 _____ 县/区/县级市/旗 _____ 详细地址: _____

被保险人	姓名: _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 国籍: _____ 户籍所在地类别: _____ 出生日期: _____ 年 月 日
	证件类型: <input type="checkbox"/> 境内居民身份证 <input type="checkbox"/> 其他证件 _____ 证件号码 _____
	证件有效起期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 证件有效止期: _____ 年 _____ 月 _____ 日或 <input type="checkbox"/> 长期
	手机 _____ E-MAIL: _____ 职业/行业: _____ 职业代码 _____
	联系地址: _____ 省/自治区/直辖市 _____ 市/州/地区/盟 _____ 县/区/县级市/旗 _____ 详细地址: _____

身故受益人	姓名: _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期: _____ 年 月 日 受益比例: _____ % 受益顺序: _____
	是被保险人的: _____ 证件类型: _____ 证件号码 _____
	证件有效起期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 证件有效止期: _____ 年 _____ 月 _____ 日或 <input type="checkbox"/> 长期

重要提示 1. 医保:是指基本医疗保险(包括城镇职工、城镇居民、新农合)或公费医疗。2. 身故保险金受益人超过一人,您可以在备注栏(页)中按以上内容说明其他受益人的信息,并指定受益顺序和受益比例,相同顺序的受益比例之和为100%;若未指定分配方式,则身故保险金由所有指定受益人平均分配。满期/生存保险金受益人以条款约定为准,若有特别约定请在备注栏(页)中说明。如身故受益人栏未填写,则视为未指定身故受益人。3. 附加险超过一个,您可以在备注栏(页)中按以下内容列明。 是否在备注栏(页)中有说明: 是 否

险种名称	险种代码	基本保额	保险期间	交费期间	保险费	交费频次
主险						
附加险						

首期或一次交清保险费合计:(大写) 佰 拾 万 仟 佰 拾 元 角 分 (小写) ¥ _____ 元 (交费频次:一次交清、年交、其他)

万能账户保单账户价值抵交续期保险费: 是 否 **重要提示:在保险费应交日保单账户价值低于且无法抵交续期应交保险费时,我们将**
从投保人指定的结算账户中划扣续期保险费。

询问事项 (若以下告知为“是”时,请在备注栏中详细说明)	投保人	被保险人
1. 您固定的年收入为人民币多少万元(税后)? 主要收入来源: ①工薪; ②私营; ③证券投资; ④银行利息; ⑤房屋租赁; ⑥其他	万	万
2. 您是否曾经/当前从事如下职业: 矿工、航海、海上救护或潜水人员、爆破工、采掘工、硫酸盐酸或硝酸等有毒化工产品制造人员、森林砍伐人员、火药爆竹制造及加工、液化气体制造、高压电工作业人员、高空作业人员、战地记者、高空杂技、特技、武打演员、动物驯兽师、前线军人、特种兵(伞兵、海军陆战队、化学兵、布雷爆破任务兵)?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 您是否曾经/当前患有如下疾病: 智能障碍、精神疾患、恶性肿瘤、冠心病、先天性心脏病、风湿性心脏病、肺心病、心力衰竭、呼吸衰竭、帕金森氏病、脑中风、重症肌无力、多发性硬化、肝硬化、尿毒症、慢性肾炎、丙肝、系统性红斑狼疮、再生障碍性贫血、影响生活自理能力的疾病或残疾、艾滋病或病毒携带、六个月内体重减轻五公斤以上者?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 您是否曾在投保本公司或其他保险产品时被拒绝投保?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

备注	开户银行 _____ 账号 _____
----	---------------------

转账授权书

1. 账户所有人授权开户银行和百年人寿保险股份有限公司(以下简称“本公司”)自账户所有人上述指定结算账户中划扣投保人的保单所需交付的各期保险费。账户所有人同意该结算账户中所扣交保险费优先于其他任何用途的支付。

2. 首期保险费转账时间为自投保申请之日起至本保险合同生效为止。续期保险费转账时间为各年度保单周年日(保险费约定交纳日)起至宽限期结束为止。

3. 若账户所有人在本公司购买两份或两份以上的保险合同并授权均从该账户自动划扣应交保险费的,账户所有人同意依照本公司规定的顺序进行扣费。账户所有人同意该结算账户同时可作为各类退费转账使用。

4. 账户所有人保证此账户有足够的金额支付应交保险费,本公司不承担因账户内余额不足或其他非本公司原因导致转账不成功,致使合同不能成立或不能持续有效而引起的相关责任。(请保持账户中余额始终不少于10元)

5. 账户所有人授权开户银行与本公司将保险合同约定或法律规定应支付给账户所有人的款项均以转账方式划入上述账户。

投保人、被保险人声明、授权和确认

1. 本人确认百年人寿保险股份有限公司(以下简称“贵公司”)已向本人提供了所投险种合同条款,并说明了合同内容(产品条款可通过百年人寿官网<https://www.aeonlife.com.cn/product/information/index.shtml>进行查询)。本人已认真阅读该条款、投保须知、产品说明及利益测算书(如有)、短期健康保险产品投保须知书(如有),理解上述材料中的各项内容,尤其是保险责任、免除保险人责任的条款。告知义务、合同的解除、犹豫期、前三年退保金、签名要求均已了解并同意遵守。

2. 本人确认贵公司已对保险条款中关于免除保险人责任的条款事项向本人明确说明。

3. 本人已知晓并承认:一切与本投保书各事项及保险合同条款不相符的解释、说明或书面承诺均属无效。

4. 本人确认在本投保书所做的各项声明和陈述,包括健康、财务及其他告知内容等均为真实,与本投保书有关的问卷、体检报告书等均确实无误,若因故意或者因重大过失未履行如实告知义务,足以影响贵公司决定是否同意承保或者提高保险费率的,贵公司有权解除合同。所有告知事项以书面告知为准,口头告知无效。

5. 本人已知晓:自贵公司实际收到首期或一次交清暂收保险费,且确认投保人/被保险人已完成贵公司规定的投保手续起,至贵公司同意承保并签发保单或不同意承保并签发不接受投保通知书之日止,以不超过四十五个自然日为准,在此期间若发生保险事故,贵公司仅承担投保人所申请险种的意外身故保险责任(免责条款约定的免责情形除外),累计给付意外身故保险金最高限额不超过人民币贰拾万元。若投保人所申请险种未含意外身故保险责任,则以上临时保障自始不成立。

6. 本人已知晓并承认:即使本人已交首期或一次交清暂收保险费,本保险合同仍未生效。本保险合同自本人交付首期或一次交清保险费、且贵公司同意承保并签发保单的条件下,贵公司承担的保险责任在载于保单上的生效日零时开始。

7. 本人已知晓:购买分红型产品,分红水平主要取决于保险公司的经营成果,可分配的红利是不确定的。

8. 本人授权贵公司可以从任何单位、组织和个人就有关保险事宜查询、索取与本人有关的资料,贵公司有权对本人进行所需的医疗评估及测试(体检、血液检查及其他医疗检查)或者要求本人补充其他材料。

9. 本人已知晓:本投保书中列明的投保人、被保险人、身故受益人(如有)的各项客户信息(如有)的各项客户信息是由本人亲自提供,并确认所提供信息真实、完整、准确、有效。

10. 本人已知晓:贵公司采集的姓名、性别、出生日期、证件类型、证件号码、联系电话、联系地址、投保人与被保险人的关系等与保单相关的信息将用于计算保费、核保、发送通知或短信、寄送保单、客户回访等重要用途,如因本人原因未告知、告知有误、告知不完整或变更上述信息未通知贵公司所导致的不能及时核保、理赔或保全等不利后果由本人承担。本人知晓并同意贵公司可能将上述信息分享给合作方及第三方服务供应商,用作如下用途:(1)向本人提供产品或服务;(2)维护或改善贵公司现有的产品或服务。

11. 本人已知晓:贵公司承诺未经本人同意,不会将本投保书中的客户信息用于本公司、其他人身保险机构和第三方机构的销售活动。

12. 本人已知晓:本人投保为不确定利益的保险产品,属于分红型、万能型、投资连结型、变额型等人身保险产品之一,存在以下情况的,自愿承担保单利益不确定的风险:(1)趸缴保费超过投保人家庭年收入的4倍;(2)年期缴保费超过投保人家庭年收入的20%,或月期缴保费超过投保人家庭月收入的20%;(3)保费缴费年限与投保人年龄数字之和达到或超过60;(4)保费额度大于或等于投保人保费预算的150%。

13. 本人确认贵公司正在进行“**保险公司不得违规销售非保险金融产品,请勿参加非法集资**”的风险提示。

14. 为落实监管实名制,规范保险业务行为,保护投保人、被保险人、受益人的合法权益,本人授权:(1)贵公司可采集投保人、被保险人、受益人办理保险业务所需的信息要素(包括但不限于姓名、证件类型、证件号码、证件有效期起止期限等),传递给贵公司的必要合作机构及信息认证专门机构进行有效性核验并向贵司反馈;(2)贵公司可采集涉及投保人、被保险人、受益人的保险业务信息(包括但不限于证件信息、办理的保险业务种类、基本内容等),并由贵司的必要合作机构进行存储、登记,上述各单位均可对上述信息进行合理的使用与传递。

15. 账户所有人(即投保人)知晓并同意以上《转账授权书》内容。
请投保人亲自抄录下列语句(投保新型产品必须抄录):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。

_____, _____, _____, _____。

如您本次投保的投、被保险人是同一人,则您只需在投保人签名处签名,您的本次签名代表了作为投保人和被保险人的真实意愿。

投保人亲自签名: _____ 被保险人/法定监护人亲自签名: _____
请“法定监护人”注明与被保险人关系: _____

投保申请日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

全国统一客服热线: 95542 网址: www.aeonlife.com.cn

第一联 保险公司留存

银行网点名称：

代码：

银行经办人签名：

代码：

日期：

银保渠道客户经理签名：

代码：

日期：

受理人签章：

日期：

人身保险投保书

投保人	姓名: _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 国籍: _____ 户籍所在地类别: 城镇 <input type="checkbox"/> 农村 <input type="checkbox"/> 出生日期: _____ 年 月 日
	证件类型: <input type="checkbox"/> 境内居民身份证 <input type="checkbox"/> 其他证件 _____ 证件号码 _____
	证件有效起期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 证件有效止期: _____ 年 _____ 月 _____ 日或 <input type="checkbox"/> 长期
	手机 _____ E-MAIL: _____ 职业/行业: _____ 职业代码 _____
	联系地址: _____ 省/自治区/直辖市 _____ 市/州/地区/盟 _____ 县/区/县级市/旗 _____ 详细地址: _____

被保险人	姓名: _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 国籍: _____ 医保: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 出生日期: _____ 年 月 日
	证件类型: <input type="checkbox"/> 境内居民身份证 <input type="checkbox"/> 其他证件 _____ 证件号码 _____
	证件有效起期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 证件有效止期: _____ 年 _____ 月 _____ 日或 <input type="checkbox"/> 长期
	手机 _____ E-MAIL: _____ 职业/行业: _____ 职业代码 _____
	联系地址: _____ 省/自治区/直辖市 _____ 市/州/地区/盟 _____ 县/区/县级市/旗 _____ 详细地址: _____

身故受益人	姓名: _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期: _____ 年 月 日 受益比例: _____ % 受益顺序: _____
	是被保险人的: _____ 证件类型: _____ 证件号码 _____
	证件有效起期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 证件有效止期: _____ 年 _____ 月 _____ 日或 <input type="checkbox"/> 长期

重要提示 1. 医保:是指基本医疗保险(包括城镇职工、城镇居民、新农合)或公费医疗。2. 身故保险金受益人超过一人,您可以在备注栏(页)中按以上内容说明其他受益人的信息,并指定受益顺序和受益比例,相同顺序的受益比例之和为100%;若未指定分配方式,则身故保险金由所有指定受益人平均分配。满期/生存保险金受益人以条款约定为准,若有特别约定请在备注栏(页)中说明。如身故受益人栏未填写,则视为未指定身故受益人。3. 附加险超过一个,您可以在备注栏(页)中按以下内容列明。 是否在备注栏(页)中有说明: 是 否

险种名称	险种代码	基本保额	保险期间	交费期间	保险费	交费频次
主险						
附加险						

首期或一次交清保险费合计:(大写) 佰 拾 万 仟 佰 拾 元 角 分 (小写) ¥ _____ 元 (交费频次:一次交清、年交、其他)

万能账户保单账户价值抵交续期保险费: 是 否 **重要提示:在保险费应交日保单账户价值低于且无法抵交续期应交保险费时,我们将从投保人指定的结算账户中划扣续期保险费。**

询问事项 (若以下告知为“是”时,请在备注栏中详细说明)	投保人	被保险人
1. 您固定的年收入为人民币多少万元(税后)? 主要收入来源: ①工薪; ②私营; ③证券投资; ④银行利息; ⑤房屋租赁; ⑥其他	万	万
2. 您是否曾经/当前从事如下职业: 矿工、航海、海上救护或潜水人员、爆破工、采掘工、硫酸盐酸或硝酸等有毒化工产品制造人员、森林砍伐人员、火药爆竹制造及加工、液化气体制造、高压电工程作业人员、高空作业人员、战地记者、高空杂技、特技、武打演员、动物驯兽师、前线军人、特种兵(伞兵、海军陆战队、化学兵、布雷爆破任务兵)?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 您是否曾经/当前患有如下疾病: 智能障碍、精神疾患、恶性肿瘤、冠心病、先天性心脏病、风湿性心脏病、肺心病、心力衰竭、呼吸衰竭、帕金森氏病、脑中风、重症肌无力、多发性硬化、肝硬化、尿毒症、慢性肾炎、丙肝、系统性红斑狼疮、再生障碍性贫血、影响生活自理能力的疾病或残疾、艾滋病或病毒携带、六个月内体重减轻五公斤以上者?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 您是否曾在投保本公司或其他保险产品时被拒绝投保?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

备注	开户银行 _____ 账号 _____
----	---------------------

转账授权书

1. 账户所有人授权开户银行和百年人寿保险股份有限公司(以下简称“本公司”)自账户所有人上述指定结算账户中划扣投保人的保单所需交付的各期保险费。账户所有人同意该结算账户中所扣交保险费优先于其他任何用途的支付。

2. 首期保险费转账时间为自投保申请之日起至本保险合同生效为止。续期保险费转账时间为各年度保单周年日(保险费约定交纳日)起至宽限期结束为止。

3. 若账户所有人在本公司购买两份或两份以上的保险合同并授权均从该账户自动扣交保险费的,账户所有人同意依照本公司规定的顺序进行扣费。账户所有人同意该结算账户同时可作为各类退费转账使用。

4. 账户所有人保证此账户有足够的金额支付交保险费,本公司不承担因账户内余额不足或其他非本公司原因导致转账不成功,致使合同不能成立或不能持续有效而引起的相关责任。(请保持账户中余额始终不少于10元)

5. 账户所有人授权开户银行与本公司将保险合同约定或法律规定应支付给账户所有人的款项均以转账方式划入上述账户。

投保人、被保险人声明、授权和确认

1. 本人确认百年人寿保险股份有限公司(以下简称“贵公司”)已向本人提供了所投险种合同条款,并说明了合同内容(产品条款可通过百年人寿官网<https://www.aeonlife.com.cn/product/information/index.shtml>进行查询)。本人已认真阅读该条款、人身保险投保提示书、投保须知、产品说明及利益测算书(如有)、短期健康险产品投保须知书(如有),理解上述材料中的各项内容,尤其是保险责任、免除保险人责任的条款。告知义务、合同的解除、犹豫期、前三年退保金、签名要求均已了解并同意遵守。

2. 本人确认贵公司已对保险条款中关于免除保险人责任的条款事项向本人明确说明。

3. 本人已知晓并承认:一切与本投保书各事项及保险合同条款不相符的解释、说明或书面承诺均属无效。

4. 本人确认在本投保书所做的各项声明和陈述,包括健康、财务及其他告知内容等均为真实,与本投保书有关的问卷、体检报告书等均确实无误,若因故意或者因重大过失未履行如实告知义务,足以影响贵公司决定是否同意承保或者提高保险费率的,贵公司有权解除合同。所有告知事项以书面告知为准,口头告知无效。

5. 本人已知晓:自贵公司实际收到首期或一次交清暂收保险费,且确认投保人/被保险人已完成贵公司规定的投保手续起,至贵公司同意承保并签发保单或不同意承保并签发不接受投保通知书之日止,以不超过四十五个自然日为准,在此期间若发生保险事故,贵公司仅承担投保人所申请险种的意外身故保险责任(免责条款约定的免责情形除外),累计给付意外身故保险金最高限额不超过人民币贰拾万元。若投保人所申请险种未含意外身故保险责任,则以上临时保障自始不成立。

6. 本人已知晓并承认:即使本人已交首期或一次交清暂收保险费,本保险合同仍未生效。本保险合同自本人交付首期或一次交清保险费、且贵公司同意承保并签发保单的条件下,贵公司承担的保险责任在载于保单上的生效日零时开始。

7. 本人已知晓:购买分红型产品,分红水平主要取决于保险公司的经营成果,可分配的红利是不确定的。

8. 本人授权贵公司可以从任何单位、组织和个人就有关保险事宜查询、索取与本人有关的资料,贵公司有权对本人进行所需的医疗评估及测试(体检、血液检查及其他医疗检查)或者要求本人补充其他材料。

9. 本人已知晓:本投保书中列明的投保人、被保险人、身故受益人(如有)的各项客户信息(如有)的各项客户信息是由本人亲自提供,并确认所提供信息真实、完整、准确、有效。

10. 本人已知晓:贵公司采集的姓名、性别、出生日期、证件类型、证件号码、联系电话、联系地址、投保人与被保险人的关系等与保单相关的信息将用于计算保费、核保、发送保单或短信、寄送保单、客户回访等重要用途,如因本人原因未告知、告知有误、告知不完整或变更上述信息未通知贵公司所导致的不能及时核保、理赔或保全等不利后果由本人承担。本人知晓并同意贵公司可能将上述信息分享给合作方及第三方服务供应商,用作如下用途:(1)向本人提供产品或服务;(2)维护或改善贵公司现有的产品或服务。

11. 本人已知晓:贵公司承诺未经本人同意,不会将本投保书中的客户信息用于本公司、其他人身保险机构和第三方机构的销售活动。

12. 本人已知晓:本人投保为不确定利益的保险产品,属于分红型、万能型、投资连结型、变额型等人身保险产品之一,存在以下情况的,自愿承担保单利益不确定的风险:(1)趸缴保费超过投保人家庭年收入的4倍;(2)年期缴保费超过投保人家庭年收入的20%,或月期缴保费超过投保人家庭月收入的20%;(3)保费缴费年限与投保人年龄数字之和达到或超过60;(4)保费额度大于或等于投保人保费预算的150%。

13. 本人确认贵公司正在进行“**保险公司不得违规销售非保险金融产品,请勿参加非法集资**”的风险提示。

14. 为落实监管实名制,规范保险业务行为,保护投保人、被保险人、受益人的合法权益,本人授权:(1)贵公司可采集投保人、被保险人、受益人办理保险业务所需的信息要素(包括但不限于姓名、证件类型、证件号码、证件有效期起止期限等),传递给贵公司的必要合作机构及信息认证专门机构进行有效性核验并向贵司反馈;(2)贵公司可采集涉及投保人、被保险人、受益人的保险业务信息(包括但不限于证件信息、办理的保险业务种类、基本内容等),并由贵司的必要合作机构进行存储、登记,上述各单位均可对上述信息进行合理的使用与传递。

15. 账户所有人(即投保人)知晓并同意以上《转账授权书》内容。

请投保人亲自抄录下列语句(投保新型产品必须抄录):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。

_____, _____, _____, _____。

如您本次投保的投、被保险人是同一人,则您只需在投保人签名处签名,您的本次签名代表了作为投保人和被保险人的真实意愿。

投保人亲自签名: _____ 被保险人/法定监护人亲自签名: _____
请“法定监护人”注明与被保险人关系: _____

投保申请日期: _____ 年 月 日 日期: _____ 年 月 日

人身保险投保书

投保人	姓名: _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 国籍: _____ 户籍所在地类别: 城镇 <input type="checkbox"/> 农村 <input type="checkbox"/> 出生日期: _____ 年 月 日
	证件类型: <input type="checkbox"/> 境内居民身份证 <input type="checkbox"/> 其他证件 _____ 证件号码 _____
	证件有效起期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 证件有效止期: _____ 年 _____ 月 _____ 日或 <input type="checkbox"/> 长期
	手机 _____ E-MAIL: _____ 职业/行业: _____ 职业代码 _____
	联系地址: _____ 省/自治区/直辖市 _____ 市/州/地区/盟 _____ 县/区/县级市/旗 _____ 详细地址: _____

被保险人	姓名: _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 国籍: _____ 户籍所在地类别: _____ 出生日期: _____ 年 月 日
	证件类型: <input type="checkbox"/> 境内居民身份证 <input type="checkbox"/> 其他证件 _____ 证件号码 _____
	证件有效起期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 证件有效止期: _____ 年 _____ 月 _____ 日或 <input type="checkbox"/> 长期
	手机 _____ E-MAIL: _____ 职业/行业: _____ 职业代码 _____
	联系地址: _____ 省/自治区/直辖市 _____ 市/州/地区/盟 _____ 县/区/县级市/旗 _____ 详细地址: _____

身故受益人	姓名: _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期: _____ 年 月 日 受益比例: _____ % 受益顺序: _____
	是被保险人的: _____ 证件类型: _____ 证件号码 _____
	证件有效起期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 证件有效止期: _____ 年 _____ 月 _____ 日或 <input type="checkbox"/> 长期

重要提示 1. 医保:是指基本医疗保险(包括城镇职工、城镇居民、新农合)或公费医疗。2. 身故保险金受益人超过一人,您可以在备注栏(页)中按以上内容说明其他受益人的信息,并指定受益顺序和受益比例,相同顺序的受益比例之和为100%;若未指定分配方式,则身故保险金由所有指定受益人平均分配。满期/生存保险金受益人以条款约定为准,若有特别约定请在备注栏(页)中说明。如身故受益人栏未填写,则视为未指定身故受益人。3. 附加险超过一个,您可以在备注栏(页)中按以下内容列明。 是否在备注栏(页)中有说明: 是 否

险种名称	险种代码	基本保额	保险期间	交费期间	保险费	交费频次
主险						
附加险						

首期或一次交清保险费合计:(大写) 佰 拾 万 仟 佰 拾 元 角 分 (小写) ¥ _____ 元 (交费频次:一次交清、年交、其他)

万能账户保单账户价值抵交续期保险费: 是 否 **重要提示:在保险费应交日保单账户价值低于且无法抵交续期应交保险费时,我们将从投保人指定的结算账户中划扣续期保险费。**

询问事项 (若以下告知为“是”时,请在备注栏中详细说明)	投保人	被保险人
1. 您固定的年收入为人民币多少万元(税后)? 主要收入来源: ①工薪; ②私营; ③证券投资; ④银行利息; ⑤房屋租赁; ⑥其他	万	万
2. 您是否曾经/当前从事如下职业: 矿工、航海、海上救护或潜水人员、爆破工、采掘工、硫酸盐酸或硝酸等有毒化工产品制造人员、森林砍伐人员、火药爆竹制造及加工、液化气体制造、高压电工作业人员、高空作业人员、战地记者、高空杂技、特技、武打演员、动物驯兽师、前线军人、特种兵(伞兵、海军陆战队、化学兵、布雷爆破任务兵)?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 您是否曾经/当前患有如下疾病: 智能障碍、精神疾患、恶性肿瘤、冠心病、先天性心脏病、风湿性心脏病、肺心病、心力衰竭、呼吸衰竭、帕金森氏病、脑中风、重症肌无力、多发性硬化、肝硬化、尿毒症、慢性肾炎、丙肝、系统性红斑狼疮、再生障碍性贫血、影响生活自理能力的疾病或残疾、艾滋病或病毒携带、六个月内体重减轻五公斤以上者?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 您是否曾在投保本公司或其他保险产品时被拒绝投保?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

备注

转账授权书	开户银行 _____ 账号 _____
	1. 账户所有人授权开户银行和百年人寿保险股份有限公司(以下简称“本公司”)自账户所有人上述指定结算账户中划扣投保人的保单所需交付的各期保险费。账户所有人同意该结算账户中所扣交保险费优先于其他任何用途的支付。
	2. 首期保险费转账时间为自投保申请之日起至本保险合同生效为止。续期保险费转账时间为各年度保单周年日(保险费约定交纳日)起至宽限期结束为止。
	3. 若账户所有人在本公司购买两份或两份以上的保险合同并授权均从该账户自动划扣应交保险费的,账户所有人同意依照本公司规定的顺序进行扣费。账户所有人同意该结算账户同时可作为各类退费转账使用。
	4. 账户所有人保证此账户有足够的金额支付应交保险费,本公司不承担因账户内余额不足或其他非本公司原因导致转账不成功,致使合同不能成立或不能持续有效而引起的相关责任。(请保持账户中余额始终不少于10元)

1. 本人确认百年人寿保险股份有限公司(以下简称“贵公司”)已向本人提供了所投险种合同条款,并说明了合同内容(产品条款可通过百年人寿官网<https://www.aeonlife.com.cn/product/information/index.shtml>进行查询)。本人已认真阅读该条款、人身保险投保提示书、投保须知、产品说明及利益测算书(如有)、短期健康保险产品投保须知书(如有),理解上述材料中的各项内容,尤其是保险责任、免除保险人责任的条款。告知义务、合同的解除、犹豫期、前三年退保金、签名要求均已了解并同意遵守。

2. 本人确认贵公司已对保险条款中关于免除保险人责任的条款事项向本人明确说明。

3. 本人已知晓并承认:一切与本投保书各事项及保险合同条款不相符的解释、说明或书面承诺均属无效。

4. 本人确认在本投保书所做的各项声明和陈述,包括健康、财务及其他告知内容等均为真实,与本投保书有关的问卷、体检报告书等均确实无误,若因故意或者因重大过失未履行如实告知义务,足以影响贵公司决定是否同意承保或者提高保险费率的,贵公司有权解除合同。所有告知事项以书面告知为准,口头告知无效。

5. 本人已知晓:自贵公司实际收到首期或一次交清暂收保险费,且确认投保人/被保险人已完成贵公司规定的投保手续起,至贵公司同意承保并签发保单或不同意承保并签发不接受投保通知书之日止,以不超过四十五个自然日为准,在此期间若发生保险事故,贵公司仅承担投保人所申请险种的意外身故保险责任(免责条款约定的免责情形除外),累计给付意外身故保险金最高限额不超过人民币贰拾万元。若投保人所申请险种未含意外身故保险责任,则以上临时保障自始不成立。

6. 本人已知晓并承认:即使本人已交首期或一次交清暂收保险费,本保险合同仍未生效。本保险合同自本人交付首期或一次交清保险费、且贵公司同意承保并签发保单的条件下,贵公司承担的保险责任自载于保单上的生效日零时开始。

7. 本人已知晓:购买分红型产品,分红水平主要取决于保险公司的经营成果,可分配的红利是不确定的。

8. 本人授权贵公司可以从任何单位、组织和个人就有关保险事宜查询、索取与本人有关的资料,贵公司有权对本人进行所需的医疗评估及测试(体检、血液检查及其他医疗检查)或者要求本人补充其他材料。

9. 本人已知晓:本投保书中列明的投保人、被保险人、身故受益人(如有)的各项客户信息(如有)的各项客户信息是由本人亲自提供,并确认所提供信息真实、完整、准确、有效。

10. 本人已知晓:贵公司采集的姓名、性别、出生日期、证件类型、证件号码、联系电话、联系地址、投保人与被保险人的关系等与保单相关的信息将用于计算保费、核保、发送邮件或短信、寄送保单、客户回访等重要用途,如因本人原因未告知、告知有误、告知不完整或变更上述信息未通知贵公司所导致的不能及时核保、理赔或保全等不利后果由本人承担。本人知晓并同意贵公司可能将上述信息分享给合作方及第三方服务供应商,用作如下用途:(1)向本人提供产品或服务;(2)维护或改善贵公司现有的产品或服务。

11. 本人已知晓:贵公司承诺未经本人同意,不会将本投保书中的客户信息用于本公司、其他人身保险机构和第三方机构的销售活动。

12. 本人已知晓:本人投保为不确定利益的保险产品,属于分红型、万能型、投资连结型、变额型等人身保险产品之一,存在以下情况的,自愿承担保单利益不确定的风险:(1) 趸缴保费超过投保人家庭年收入的4倍;(2) 年期缴保费超过投保人家庭年收入的20%,或月期缴保费超过投保人家庭月收入的20%;(3) 保费缴费年限与投保人年龄数字之和达到或超过60;(4) 保费额度大于或等于投保人保费预算的150%。

13. 本人确认贵公司正在进行“**保险公司不得违规销售非保险金融产品,请勿参加非法集资**”的风险提示。

14. 为落实监管实名制,规范保险业务行为,保护投保人、被保险人的合法权益,本人授权:(1) 贵公司可采集投保人、被保险人、受益人办理保险业务所需的信息要素(包括但不限于姓名、证件类型、证件号码、证件有效期起止期限等),传递给贵公司的必要合作机构及信息认证专门机构进行有效性核验并向贵司反馈;(2) 贵公司可采集涉及投保人、被保险人、受益人的保险业务信息(包括但不限于证件信息、办理的保险业务种类、基本内容等),并由贵司的必要合作机构进行存储、登记,上述各单位均可对上述信息进行合理的使用与传递。

15. 账户所有人(即投保人)知晓并同意以上《转账授权书》内容。

请投保人亲自抄录下列语句(投保新型产品必须抄录):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。

如您本次投保的投、被保险人是同一人,则您只需在投保人签名处签名,您的本次签名代表了作为投保人和被保险人的真实意愿。

投保人亲自签名: _____ 被保险人/法定监护人亲自签名: _____
请“法定监护人”注明与被保险人关系: _____

投保申请日期: _____ 年 月 日 日期: _____ 年 月 日