



版本时间：2024年7月

投保人	姓名：		性别： ☐ 男 ☐ 女		国籍：		户籍所在地类别： 城镇□农村□ 出生日期： 年 月 日													
	证件类型： ☐ 境内居民身份证 ☐ 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 ☐ 长期																			
	手机号码				电子邮箱：				职业名称：				职业代码							
	通讯地址： 省/自治区/直辖市市/州/地区/盟县/区/县级市/旗																			
	详细地址：																			
医保： ☐ 有 ☐ 无 投保人是被保险人的： ☐ 本人 ☐ 配偶 ☐ 父母 ☐ 子女 ☐ 其他_____										投保人家庭年收入： 万元										
被保险人	姓名：		性别： ☐ 男 ☐ 女		国籍：		医保： ☐ 有 ☐ 无							出生日期： 年 月 日						
	证件类型： ☐ 境内居民身份证 ☐ 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 ☐ 长期																			
	手机号码				电子邮箱：				职业名称：				职业代码							
	通讯地址： 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： ☐ 男 ☐ 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 ☐ 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，您可以在备注栏中按以下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，您可以在备注栏中按以下内容列明。														是否在备注栏中有说明： ☐ 是 ☐ 否					
投保事项	险种名称				险种代码		基本保险金额		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 （交费频次含：一次、次清、年交、其他。）																			
健康及财务告知	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、动物园驯兽师、前线军人、特种兵（伞兵、海军陆战队、化学兵、布雷爆破任务兵）？														☐ 是 ☐ 否		☐ 是 ☐ 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？														☐ 是 ☐ 否		☐ 是 ☐ 否			
	4.您是否曾在投保本公司或其他保险公司产品时被拒绝投保？														☐ 是 ☐ 否		☐ 是 ☐ 否			
备注																				
转账授权书	银行名称				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。 2.账户所有人同意该结算账户中所扣交保险费优先于其任何用途的支付。 3.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。 4.若账户所有人在本公司购买两份或以上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。 5.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） 6.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。																			
	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。对保险条款中关于免除保险人责任的条款事项已向本人明确说明。（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、投保业务个人信息声明授权书、产品说明书（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、前三年度退保金额、签名要求均已了解并同意遵守。																			
	2.本人已知晓并接受：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。																			
	3.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属真实，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，贵公司有权利解除合同。所有告知事项以书面告知为准，口头告知无效。																			
	4.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险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时限，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。																			
投保人、被保险人声明、授权和确认	5.本人已知晓并接受：即使本人已交首期或一次交清暂收保险费，本合同仍未生效。本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险单的条件下，贵公司承担的保险责任从载于保险单上的生效日零时开始。																			
	6.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。																			
	7.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证明，贵公司对个人资料承担保密义务。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。																			
	8.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）的各项客户信息是由本人亲自提供，并确认所提供信息真实、完整、准确、有效。																			
	9.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、证件有效期、手机号码、通讯地址、被保险人及投保人与投保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，本人已知晓，如本人证件有效期、手机号码和通讯地址等信息发生变更时，应及时通知贵公司并办理更正手续。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导致不能及时核保、承保、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共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）维护或者改善贵公司现有的产品或服务。																			
	10.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、其他人身保险公司和第三方机构的销售活动。																			
	11.本人已知晓：本次投保为保单利益不确定的保险产品，属于分红型、万能型、投资连结型、变额型等人寿保险产品之一，存在以下情况的，自愿承担保单利益不确定的风险：（1）连续缴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%，或日期缴保费超过投保人家庭月收入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%。																			
	12.本人确认贵公司已进行“ 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。																			
	13.为提供保险服务的需要，本人授权：贵公司可通过知悉本人信息的机构查询与本人有关的全部信息（包括但不限于投保、承保、理赔、医疗信息等）；贵公司及其具有必要合作关系的机构均可对上述信息进行合理的使用。为确保信息安全，贵公司及其合作机构应采取有效措施并承担保密义务。																			
	14.账户所有人（即投保人）知晓并同意以上《转账授权书》内容。																			
请投保人亲自查阅下列语句（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，了解本产品特点和保单利益的不确定性。																				
如您本次投保的投保、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

保险合同签收回执

保险合同号码：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

保险合同号码：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

投 保 人：_____

为了保护您自身的权益，请您在签收合同前仔细阅读以下注意事项：

1. 请您核对保险单、现金价值与减额交清保额表（如有）、保险条款、产品说明书（如有）、投保书及其他主要投保资料、客户须知、客户服务指南等资料是否齐全；投保人、被保险人、受益人信息是否正确，并认真阅读保险合同条款等资料。
2. 保险期间为一年以上的，自您收到保险合同并书面签收日起十五个自然日内为犹豫期。如果您在犹豫期内解除保险合同，本公司收到退保申请和保险合同后将无息退还您已交纳的全部保险费。
3. 犹豫期过后退保，您会有一定的损失。请您认真阅读保险合同中条款、现金价值与减额交清保额表（如有）及其注释等内容。
4. 为确保您的保单权益，请及时拨打本公司服务电话、登陆网站或到柜台进行查询，核实保单信息。对保险期限一年期以上的寿险保单，建议在收到本保单之日起10日内完成首次查询。

兹收到上述保险合同号码的保险合同，本人已充分了解上述内容，经审核，本保险合同所列各项内容确实无误，本人予以签收。

投保人亲自签名：_____ 签收日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

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：_____

人身保险投保书 (柜面专用)

单证编码: FYY200316
版本: V4.0
版本时间: 2024年7月

投保人	姓名:	性别:	☐ 男 ☐ 女	国籍:	户籍所在地类别:	城镇 ☐ 农村 ☐	出生日期:	年	月	日					
	证件类型:	☐ 境内居民身份证 ☐ 其他证件		证件号码											
	证件有效起期:			证件有效止期:											
	手机号码			电子邮箱:			职业名称:								
	通讯地址:	☐ 省/ ☐ 自治区/ ☐ 直辖市		☐ 市/ ☐ 州/ ☐ 地区/ ☐ 盟		☐ 县/ ☐ 区/ ☐ 县级市/ ☐ 旗									
	详细地址:														
	医保:	☐ 有 ☐ 无		投保人是被保险人的:	☐ 本人 ☐ 配偶 ☐ 父母 ☐ 子女 ☐ 其他		投保人家庭年收入:								
被保险人	姓名:	性别:	☐ 男 ☐ 女	国籍:	医保:	☐ 有 ☐ 无		出生日期:	年	月	日				
	证件类型:	☐ 境内居民身份证 ☐ 其他证件		证件号码											
	证件有效起期:			证件有效止期:											
	手机号码			电子邮箱:			职业名称:								
	通讯地址:	☐ 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:	☐ 男 ☐ 女	出生日期:	年	月	日	受益比例:							
	是被保险人的:	证件类型:			证件号码										
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, 您可以在备注栏中按以下内容列明。										是否在备注栏中有说明:	☐ 是 ☐ 否			
投保事项	险种名称		险种代码		基本保险金额		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 (交费频次含: 一次 / 交清、年交、其他)														
健康及财务告知	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)?											万		万	
	主要收入来源: ①工资; ②私营; ③证券投资; ④银行利息; ⑤房屋租赁; ⑥其他											序号		序号	
	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、动物驯养师、前线军人、特种兵 (伞兵、海军陆战队、化学兵、布雷爆破任务兵)?											☐ 是 ☐ 否		☐ 是 ☐ 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?											☐ 是 ☐ 否		☐ 是 ☐ 否	
4. 您是否曾在投保本公司或其他保险公司产品时被拒绝投保?											☐ 是 ☐ 否		☐ 是 ☐ 否		
备注															
转账授权书	银行名称		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“贵公司”) 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。对保险条款中关于免除保险人责任的条款事项已向本人明确说明。 (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、投保业务个人信息声明授权书、产品说明书 (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、前三年退保金额、签名要求均已了解并同意遵守。 2. 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。 3. 本人确认在本投保书所填写的各项声明和陈述, 包括健康、财务及其他告知内容等属属真实, 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。 4. 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险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限, 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。 5. 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, 本保险合同仍暂不生效。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险单的条件下, 贵公司承担的保险责任从载于保险单上的生效日零时开始。 6. 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。 7. 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 and 证明, 贵公司对个人资料承担保密义务。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。 8. 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) 的各项客户信息是由本人亲自提供, 并确认所提供信息真实、完整、准确、有效。 9. 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、证件有效期、手机号码、通讯地址、被保险人与投保人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, 本人已知晓, 如本人证件有效期、手机号码和通讯地址等信息发生变更时, 应及时通知贵公司并办理更正手续。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导致不能及时核保、承保、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) 维护或者改善贵公司现有的产品或服务。 10. 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。 11. 本人已知晓: 本次投保为保单利益不确定的保险产品, 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) 年缴保费超过投保人家庭年收入的20%, 或日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%。 12. 本人确认贵公司已进行“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。 13. 为提供保险服务的需要, 本人授权: 贵公司可通过知悉本人信息的机构查询与本人有关的全部信息 (包括但不限于投保、承保、理赔、医疗信息等); 贵公司及其具有必要合作关系的机构可对上述信息进行合理的使用。为确保信息安全, 贵公司及其合作机构应采取有效措施并承担保密义务。 14. 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:								
	投保申请日期: 年 月 日						请“法定监护人”注明与被保险人关系: 年 月 日								



版本时间：2024年7月

[illegible]

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

第三联 投保人留存