# 人身保险个人投保单标准版

来源：网络 作者：寂静之音 更新时间：2024-08-03

*合同编号:\_\_\_\_\_\_\_\_人身保险个人投保单标准版甲方：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_乙方：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_签订时间：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_签订地点：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_温馨提示：本合同示范文本只是提供给当事人在签订合同时的一种参考，当事人须根据具...*

合同编号:\_\_\_\_\_\_\_\_

人身保险个人投保单标准版

甲

方：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

乙

方：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

签订时间：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

签订地点：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

温馨提示：本合同示范文本只是提供给当事人在签订合同时的一种参考，当事人须根据具体实际情况正确选择适用的条款并作相应的调整，切勿套用，订立重大合同或者内容复杂的合同最好咨询相关的法律专业人士，感谢您的阅读下载！

全文

编码:

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

姓

名:

有效证件类型:□身份证

□军人证

□护照

□其他

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

投

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

证件号码:

出生日期:

\*\*\*\*年\*\*月\*\*日

周岁

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

保---------------------------------------------------------

性

别:□男

□女

婚姻状况:□已婚

□未婚

□离婚

□丧偶

□其他

与被保险人关系:

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

人

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

住

址:

邮编:

电话:

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

资---------------------------------------------------------

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

收费地址:

邮编:

电话:

料

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

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

工作单位:

电话:

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

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

职业(工种):

兼职:

职业代码:

类别:

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

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

姓

名:

有效证件类型:□身份证

□军人证

□护照

□出生证

□其他

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

被

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

证件号码:

出生日期:

\*\*\*\*年\*\*月\*\*日

周岁

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

保---------------------------------------------------------

性

别:□男

□女

婚姻状况:□已婚

□未婚

□离婚

□丧偶

□其他

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

险

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

住

址:

邮编:

电话:

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

人---------------------------------------------------------

工作单位:

电话:

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

资

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

职业(工种):

兼职:

职业代码:

类别:

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

料---------------------------------------------------------

家庭

配偶姓名

性别

出生日期

\*\*\*\*年\*\*月\*\*日

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

保单

子女姓名

性别

出生日期

\*\*\*\*年\*\*月\*\*日

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

请

子女姓名

性别

出生日期

\*\*\*\*年\*\*月\*\*日

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

填写

子女姓名

性别

出生日期

\*\*\*\*年\*\*月\*\*日

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

受满期、生存保险金受益人:姓名:

性别:□男

□女

与被保险人关系:

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

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

益证件类型:

证件号码:

出生日期:

\*\*\*\*年\*\*月\*\*日

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

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

人身故保险金受益人:姓名:

性别:□男

□女

与被保险人关系:

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

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

资证件类型:

证件号码:

出生日期:

\*\*\*\*年\*\*月\*\*日

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

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

料若受益人超过一人,请在特别约定栏内注明,除另指定分配方式外,本保单之利益由相对应的所有受益人

平均分配.附加家庭保单时,被保险人之配偶及子女身故受益人为被保险人本人.----------------------------------------------------------

交

别:

□年交

□半年交

□季交

月交

□趸交

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

保费交付方式:□自动转帐:

□自交

□人工收取

投---------------------------------------------------------

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

开户银行:

帐号:

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

保---------------------------------------------------------

利差返还方式(本项仅适用于“利差返还”型险种):

□抵交保费

□储存生息(本栏如未选择,本公司按“储存生息”方式处理)

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

事保险起期:自

\*\*\*\*年\*\*月\*\*日起

保险期限:□终身

□定期（年)

交费期:

年

约定领取年龄:

周岁

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

主

投

保

项

目

保险金额或份数

投

保

档

次

标

准

保

费

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

项

险

元

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

投保项目

保险金额

保险费

投保项目

保险金额

保险费

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

意外伤害保险

万元

元

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

附

意外伤害医疗保险

万元

元

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

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

住院医疗保险

档次:

元

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

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

住院安心保险

档次:

元

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

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

万寿两全保险

年期

万元

元

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

险

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

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

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

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

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

保费合计:(大写)

拾

万

仟

佰

拾

元

角

分

￥

元

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

业务员姓名:

投保单号码:

业务员代码:

险

别:

营

业

部:

暂收收据号:

业务员bp机:

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

上述健康、财务及其各项告知,若答复“有”或“是”时,请注明序号及对象(投保人或被保险人),并在说明栏中

详细说明.如有诊治,请告知原因、日期、医院名称及诊治结果;如有负债请告知债务情况.对本投保书及告

知内容,本公司承担保密义务.-----------------------------------------------------

说

序

号

说明对象

说

明

内

容

明

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

栏

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

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

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

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

特别约定:

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

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

投

本人对投保须知及所投保险种的条款,尤其是保险人责任免除条款均已了解并同意遵守.如有告知不

保

实,保险人有权解除保险,对于合同解除前发生的保险事故,保险人不承担保险责任.声

投保人签章:

监护人签章:

被保险人签章:

明

日期:

\*\*\*\*年\*\*月\*\*日

日期:

\*\*\*\*年\*\*月\*\*日

日期:年

月

日

栏

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

......................................................................................................................(公司内部作业栏,客户无须填写)

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

1.投保人或被保险人有无身体缺陷或其他疾病?

□有

□无

(不涉及投保人保费豁免的,只回答被保险人)若“有”请说明:

业

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

务

2.投保人、被保险人是否有危险嗜好或从事危险活动?

□有

□无

员

若“有”请说明:

报

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

告

3.您估计投保人的年收入约为

万元,:

书

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

4.投保人的家庭财产约

万元.-------------------------------------------------

业务员声明

所投保险种的条款、投保单各栏及询问事项确经本人如实向投保人说明,由投保人、被保险人亲自告

知并签章.如有不实见证或报告,本人愿负法律责任.营业部经理签名:

业务员代码:

业务员签名:

\*\*\*\*年\*\*月\*\*日

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

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

□标准体承保

□次标准体承保

□附加特别约定

□延期

□拒保

□其他

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

核保要求

生调重点

核保结论

核

保

意

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

见

核准保费:(大写)

拾

万

仟

佰

拾

元

角

分

￥

元

栏

核保人签章:

日期:

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

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

暂收:

初

审

----------

复核:

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

问题件

预

收

处理

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

编码:a001

健康告知(如保险条款中涉及投保人保费豁免事项,投保人栏必须填写)

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

投保人

被保险人

-----------

询问事项

有

无

有

无

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

□

□

□

□

1.近期体况:

最近6个月内是否有新发的或以往既有的任何身体不适症状或体症?如反复持续头痛、眩晕、胸痛、咯血、气喘、腹痛、便血、紫斑、消瘦(体重短期内下降超过5公斤)、视力下降.--------------------------------------------------------

□

□

□

□

2.近期诊治:

最近6个月内是否接受过医师的诊察、治疗、用药,对其结果医师是否提出检查、治疗、住

院或手术建议?

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

□

□

□

□

3.2年内健康检查:

过去2年内接受的健康检查(如血压、尿液、血液、肝功能、肾功能、心电图、\_光、b超、ct、核磁共振、脑部等)检查结果有无异常情形或被医师建议接受其他检查?

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

□

□

□

□

4.住院史:过去5年内曾否住院?

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

□

□

□

□

5.过去曾否患有下列疾病?

霍乱、肺结核、脊髓灰质炎、肝炎病毒携带;癌症、肿瘤、何杰金氏病、囊肿、结石;甲状腺疾

病、糖尿病、甲状旁腺疾病、肾上腺疾病、高脂血症、痛风;贫血、血友病、紫癜、脾脏疾病;

精神疾患、抑郁症、神经官能性疾患、儿童多动症;脑膜炎、脑炎、脊髓炎、神经麻痹、癫痫、脑部疾病、脊髓疾病、白内障、青光眼、视网膜或视神经病变;风湿热、风湿性心脏病、高血

压病、继发性高血压、冠心病、肺心病、心肌炎、传导阻滞、心律失常、心脏病、脑中风、血管

疾病、下肢静脉曲张;肺炎、支气管炎、肺气肿、哮喘、支气管扩张、肺大泡、胸膜炎、气胸;

慢性胃炎、肠炎、消化道溃疡或出血、疝、肠梗阻、肝炎、脂肪肝、肝肿大、肝硬化、肝功异

常、胆石病、胰腺疾病;肾炎、肾病、肾衰竭、肾盂积水、多囊肾、性病;红斑狼疮、脊椎疾病、类风湿性关节炎、风湿病、肌肉、骨骼、关节疾病;结缔组织疾病;自体免疫性疾病;先天性

疾病、遗传性疾病;脑外伤后综合症、内脏损伤、中毒.--------------------------------------------------------

□

□

□

□

6.身体残障情况:

有无智能障碍;有无失明、聋哑、跛行或小儿麻痹后遗症;有无语言、咀嚼、视力、听力、嗅

觉、四肢及中枢神经系统机能障碍;有无脊柱、胸廓、四肢、五官、手指、足趾缺损或畸形?

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

□

□

□

□

7.您或您的配偶是否曾接受验血而得知为艾滋病毒阳性反应?

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

□

□

□

□

8.妇女栏(女性请填写):

①目前是否怀孕,若有,怀孕

周?

②目前是否有乳房肿块、疼痛、血性溢乳等不适感觉及异常发现?

③目前是否有阴道不规则流血、白带异常、下腹痛等不适感觉及异常发现?

④过去曾否患乳房、子宫、子宫内膜移位、卵巢等的疾病而接受医师的诊察、治疗、用药和

住院手术?

⑤过去曾否因异常妊娠、分娩而住院治疗或手术(包括剖腹生产)?

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

□

□

□

□

9.少儿栏(2周岁以下填写)

①出生时体重

千克,有无难产、窒息、先天性疾病或畸形?

②有无体重不增或增长缓慢?有无肺炎

抽搐、腹泻等疾病?

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

□

□

□

□

10.不良嗜好及过敏史:

过去有无使用镇静安眠剂、迷幻药及其他违禁药物或吸食有机溶剂、毒品、或有酒精中

毒、药物中毒?有无对某物过敏的历史?

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

□

□

□

□

11.有无职业病,如尘肺、慢性铅中毒等?

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

□

□

□

□

12.有无参加飞行、潜水、拳击、赛车等危险运动或嗜好?

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

□

□

13.被保险人有无吸烟习惯?每天

支,约有

年历史.--------------------------------------------------------

□

□

14.被保险人有无饮酒习惯?(若有,请在说明栏内说明酒的品种、酒精度数、每周饮酒数量

及历史?)

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

□

□

15.被保险人有无机动车驾驶执照?

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

□

□

16.家族史:

被保险人的双亲、子女、兄弟姐妹是否患有心脏病、中风、高血压、肾脏疾病、癌症、血友

病、糖尿病、甲状腺疾病、高脂血症、风湿性疾病、精神病患、肺结核、哮喘、病毒性肝炎、性病、艾滋病等遗传性疾病?

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

□

□

17.家庭栏:被保险人配偶及子女是否有以上1-12项情况?(附加家庭保单时,请告知)

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

身高体重栏:被保险人身高

厘米,体重

千克.------------------------------------------------------------

财务及其他告知

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

□

□

□

□

18.有无负债?

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

万元

万元19.每年固定收入约:

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

20.主要收入:(请填写:工薪、个体、私营、房屋出租、证券投资、银行利息,其他请说明)

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

□

□

□

□

21.目前是否有人身保险单或已在申请本保险以外的人身保险?

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

22.过去两年内是否曾被保险公司解除合同或申请人身保险而未被承保、延期或附加条件

□

□

□

□

承保?

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

□

□

□

□

23.过去有无人身保险金的索赔?

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

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！