

销售机构代码：
销售渠道：
销售人员姓名：
销售人员代码：
组合代码：



家庭短期保险组合专用投保单 填单样本

投保须知：

- 请您在仔细阅读本单条款及投保须知后，再作出投保决定。
- 投保单为保险合同的重要组成部分，销售人员或我公司咨询。如无特别说明，我公司将以您本次填写的地址为您的最新地址。如有地址变更，请及时通知我公司，以便为您提供服务。
- 根据《中华人民共和国保险法》规定，我公司有权对投保人、被保险人的有关情况进行询问，您应如实告知；如您未如实告知，我公司有权在法定期限内解除合同，并依法决定是否对合同解除前发生的保险事故承担保险责任。
- 本合同自投保人提出投保申请并经我公司收取首期保险费并签发保险单的次日零时起本合同生效，除另有约定外，本合同自生效之日起开始计算。本合同项下所有保险责任均以书面为准。
- 一切与本投保单各项条款及投保须知相抵触的口头约定均无效，一切告知均以书面为准。
- 投保人通过销售人员投保时，须索取盖有我公司收费专用章的收款收据。
- 本投保单适用于同一投保人。

本单请使用黑色签字笔填写，不得涂改（包括涂改液）

投保人需为家庭中的成年人，若父母与子女投保，投保人不可为子女。注意：投保人也必须填写入被保险人栏，若非参保人不能作投保人。

一、投保人资料

姓名：张红 性别：男 女 出生日期：1978年01月02日
国籍：中国 其他 证件类型：身份证 护照 其它 证件号码：440102197801020020
证件有效期限 至2025年1月1日 / 长期 职业：公司文员 职业代码：000101 职业类别：1 级
通讯地址：广州市**区**街**号**房 邮编：510180
固定电话：020-8***** 手机：138***** 电子邮件：**@qq.com
如果您没有特殊需求，我公司将以本次联系方式更新以前投保联系方式，并据此为您提供合同相关信息服务。 同意 不同意

二、被保险人（家庭成员）及受益人资料

姓名	性别	出生年月日	职业	与投保人关系	身份证号码	受益人（如不填则为法定继承人）			被保险人签名
						姓名	与被保险人关系	身份证号码	
张红	女	1978.1.2	文员	本人	440102197801020020				张红
王强	男	1977.4.2	职员	配偶	440102197704020011				王强
王智	男	2008.1.1	学龄前儿童	母子	440102200801010033				张红

未成年人身份证号码见户口簿，必须填写。

注意此处需签名，子女未满18周岁，由其父母其中之一签自己名（非签小孩名）。

三、要约内容

险种名称	保障项目	保险金额	保险费
国寿计划生育家庭意外伤害保险（A款）	意外伤害保险责任	每户保险金额150000元，每一被保险人保额=150000元÷被保险人人数	合计300元/份
	意外住院医疗保险责任	每户保险金额15000元，免赔额为零，给付比例90%	
重大疾病保险责任	每户保险金额90000元，每一被保险人保额=90000元÷被保险人人数		

是否选择连续投保处勾选否的，次年不再划扣保费，不予续保。

家庭综合保险（2010版） 投保份数：（大写）壹 份
保险费（人民币）：（大写）叁佰零拾零元零角零分（小写）300 元 首期交费日： 年 月 日
保险期间：一年 交费方式：银行转账 银行代收 支(汇)票 POS机 现金 其它
是否选择连续投保 是 否 连续投保交费方式：银行转账 银行代收 支(汇)票 POS机 现金 其它
合同争议处理方式：诉讼 仲裁： 仲裁委员会
（若选择仲裁选项但未明确填写仲裁委员会的名称，或填写的仲裁委员会不存在，则仲裁约定无效。）
目前被保险人是否享有社会医疗保险或公费医疗保障 是 否

