



# 常青树个人意外伤害综合保险投保单

请用签字笔以正楷字体完整填写投保单各项内容, 请勿涂改, 并在可选栏“□”中用“√”清晰标注您的选择。

*投保人姓名:	*性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	*出生日期 年 月 日	*国籍	*身份证/护照号码:
*职业:	*工作单位:			
*联系地址:				邮编:
传真:	*手机:	家庭电话:	电子邮件:	

## 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	800,000	1,000,000
公共交通工具 (民航客机) 意外身故及伤残	200,000	600,000	1,000,000	1,600,000	2,000,000
公共交通工具 (除外民航客机) 意外身故及伤残	100,000	300,000	500,000	500,000	500,000
自驾车意外身故及伤残	100,000	300,000	500,000	500,000	500,000
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	30,000	35,000
意外每日住院补贴 (普通病房)	100	300	500	500	500
意外每日住院补贴 (重症监护病房)	200	600	1,000	1,000	1,000
每人每年保险费	150	450	750	1,200	1,500

### 注意事项

1. 被保险人的职业等级为保险人所定义的职业等级1-3类。
2. 被保险人的可保年龄为6个月至65岁。
3. 6个月至17周岁的未成年人“意外身故及伤残保险金”的保险金额为人民币10万元。“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。
4. 若被保险人在搭乘公共交通工具、驾驶或乘坐私有汽车时发生意外身故及伤残, 保险金申请人可重复申请主保险合同下“意外身故及伤残”保险金。但此项备注不适用于未成年人。
5. 退休人员、家庭主妇及失业人员等无固定收入人群只能投保常青树计划A; 对于投保计划C/D/E的被保险人员, 要求月固定收入不低于8,000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。
6. 被保险人因同一事由入住普通病房给付天数不超过100天; 入住重症监护病房给付天数不超过30天。
7. 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) 的人员。若需要承保外籍人员, 保险人将在现有标准保费基础上加收20%。
8. 本保险产品计划A针对同一保险期间每一被保险人限购五 (5) 份, 其他计划限购壹 (1) 份, 多投无效。若被保险人为同一保险期间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, 并退还其他保险项下已收取的相应保障或保险利益的保险费。

被保险人信息 包含投保人本人, 选择: 计划A 计划B 计划C 计划D 计划E。增加其他被保险人请填写下表:

投保计划	投保份数	姓名	性别	出生年月日	被保险人身份证号/护照号	与投保人关系	职业	指定受益人	受益人身份证号	与被保险人关系

是 申请投保的未满18周岁的未成年人是否已在本保险公司或其他保险公司参保以死亡为给付保险金条件的人身保险?

(注: 如勾选此项, 则本保险公司不接受为该未成年人投保本保险的申请; 如未勾选, 则视为未在本保险公司或其他保险公司参保以死亡为给付保险金条件的人身保险。)

### 总保费

### 声明

- 本人已认真阅读本保险的条款或产品说明书, 对保险条款尤其是责任免除条款、告知义务均已理解并同意遵守;
- 本人以最大诚信声明上述被保险人之个人信息是正确、完整的, 且非从事诸如军事人员、刑事执法人员、潜水员、飞机机组人员、全职的驾驶摩托车的快件投递员、出租车驾驶员、与有毒有害气体或物质接触的任何职业等危险职业;
- 本人明白既往医疗状况不在本保险承保范围内;
- 本人明白本保险的保险期间为一年, 保单的生效应以贵公司同意承保并收到全额保险费作为前提, 且生效始于贵公司同意承保且收到全额保险费的次日零时;
- 此保单的安排和生效已经取得所有被保险人的理解和同意, 我们已告知被保险人保单内的有关保险限额和保险利益;
- 本人同意贵公司为本保险的目的收集本人所持有之个人资料 (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) 处理及审核此投保书或其他保险事宜 (2) 提供与该保险有关之服务, 及 (3) 与本人联络的用途;
- 在中国法律允许或要求的范围内, 本人同意或授权太阳联合保险 (中国) 有限公司将本人个人信息及其保单信息提供给意外险信息平台以作合理利用。如果填写手机号码太阳联合保险 (中国) 有限公司将为本人提供免费的投保短信提示;
- 本人已经仔细阅读保险条款, 尤其是以粗体字标识的免责条款。本人知悉保险条款内容可以向保险公司业务人员致电询问800-820-5918或登陆保险公司网站http://www.rsagroup.com.cn。本人特此声明对条款内容完全理解并无异议, 申请投保。



被保险人/监护人签名 ( 如为多人投保须同时签名 ) : \_\_\_\_\_

投保人签名 : \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

## 银行转账授权书

1. 银行账号用户名 : \_\_\_\_\_

2. 保险内容 :

保单号码及 ( 或 ) 险种名称 : \_\_\_\_\_

投保人姓名 : \_\_\_\_\_

投保人与账号持有人关系 : 本人 其它 \_\_\_\_\_

保险费 : 人民币 \_\_\_\_\_

3. 银行账号信息

您可以使用以下方式来支付保费 :

银行借记卡 工商银行 建设银行 中国银行 招商银行 农业银行

广发银行 光大银行 平安银行 ( 深发 ) 民生银行 兴业银行

卡号 / 银行账号 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

4. 银行转账授权声明

本人在此授权太阳联合保险(中国)有限公司从本人指定银行账户中扣取上述保险费总额。被保险人/投保人理解保单的生效应以太阳联合保险 ( 中国 ) 有限公司收到全额保费作为前提。

投保人签名(投保人必须与该银行账号用户名一致): \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

## 银行转账及自动续保授权声明

- 投保人在此声明并同意本保险到期后自动申请续保。
- 银行账户所有人同意以此授权账户作为投保人交纳各期保险费 ( 首期保险费或续期保险费 ) 之用, 并同意按银行的各项规定执行。
- 保险期间届满时或之前, 被保险人/投保人向贵公司缴付续期保费以示续保( 投保人承诺上述授权银行账户内存有续保所需的足够金额 ), 经贵公司扣款成功并审核通过后将自动按逐个保险期间续保, 保险期间以保险单所示为准。如被保险人/投保人无意续保, 会在保险单满期日十五天前以书面的方式通知到贵公司以示不再续保, 否则贵公司将视作投保人/被保险人同意续保并于满期日继续从投保人的授权账户中收取相应的保险费, 并不再另行通知。
- 被保险人/投保人明白: 本合同可按上述续保方式续保至被保险人已达到本合同投保单上所约定的最高承保年龄后的首个保险单满期日。
- 被保险人/投保人明白: 贵公司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, 按当时贵公司核定的费率计算; 若有调整, 贵公司将书面通知被保险人/投保人。

投保人签名(投保人必须与该银行账号用户名一致): \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

-----  
保险公司专用栏 Internal use only

Product Code	Invoice	BIZ Type( <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> EE)	BIZ Source( <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA)	Channel Name	COM.
Premium	AE	U/W Remarks			
Release	Policy No.	Date of Issue	Other		