



No.

保險 投保單 (非自然人投保)

投保须知

尊敬的投保人：在您填写本投保单前请先仔细阅读保险人提供的本保险所适用的各个条款，阅读条款时请您特别注意本保险条款中的保险责任、责任免除、投保人被保险人义务、保险金申请与给付等内容并听取保险人就条款（包括前述需特别注意的内容）、理赔程序及理赔文件要求所作的说明，本保险合同为非保证续保合同。

您应征得被保险人同意并认可保险金额。

您填写本投保单并不表明本保险人已承保，保险人核保通过后将为您签发保险单。

投保人信息

名称	康辉集团北京国际会议展览有限公司			行业	
统一社会信用代码	91110105597678665R			营业执照证件有效期	
住所	北京市朝阳区农展馆南路 13 号 12 层 1510 内 002			邮编	
联系人	马可	电话		员工总数	

根据国家反洗钱法及相关法规，达到国家反洗钱规定金额标准的，应当开展客户客户身份识别，并填写《反洗钱客户信息识别采集表》

被保險人及受益人信息

被保險人总数 共 3 人 (另附《被保險人及受益人名单》)

保障内容	保障范围	保障期限	保障金额	保障条件	保障程序	保障效果	保障评价
一、保障范围	1. 保障对象：凡在本公司工作的员工，均享有此项保障。 2. 保障项目：包括意外伤害、重大疾病、身故、残疾等。 3. 保障期限：自签订本合同之日起，至本合同期满之日止。 4. 保障金额：根据保障项目不同，保障金额也有所不同。 5. 保障条件：被保险人必须身体健康，无违法犯罪记录，且符合合同约定的保障条件。 6. 保障程序：被保险人发生保障范围内的事故时，应及时通知本公司，并提供相关证明材料。 7. 保障效果：被保险人可获得相应的保障金额，用于支付医疗费用、生活费用等。 8. 保障评价：被保险人对保障效果的评价，可作为本公司改进保障服务的参考。	1. 保障对象：凡在本公司工作的员工，均享有此项保障。 2. 保障项目：包括意外伤害、重大疾病、身故、残疾等。 3. 保障期限：自签订本合同之日起，至本合同期满之日止。 4. 保障金额：根据保障项目不同，保障金额也有所不同。 5. 保障条件：被保险人必须身体健康，无违法犯罪记录，且符合合同约定的保障条件。 6. 保障程序：被保险人发生保障范围内的事故时，应及时通知本公司，并提供相关证明材料。 7. 保障效果：被保险人可获得相应的保障金额，用于支付医疗费用、生活费用等。 8. 保障评价：被保险人对保障效果的评价，可作为本公司改进保障服务的参考。	1. 保障对象：凡在本公司工作的员工，均享有此项保障。 2. 保障项目：包括意外伤害、重大疾病、身故、残疾等。 3. 保障期限：自签订本合同之日起，至本合同期满之日止。 4. 保障金额：根据保障项目不同，保障金额也有所不同。 5. 保障条件：被保险人必须身体健康，无违法犯罪记录，且符合合同约定的保障条件。 6. 保障程序：被保险人发生保障范围内的事故时，应及时通知本公司，并提供相关证明材料。 7. 保障效果：被保险人可获得相应的保障金额，用于支付医疗费用、生活费用等。 8. 保障评价：被保险人对保障效果的评价，可作为本公司改进保障服务的参考。	1. 保障对象：凡在本公司工作的员工，均享有此项保障。 2. 保障项目：包括意外伤害、重大疾病、身故、残疾等。 3. 保障期限：自签订本合同之日起，至本合同期满之日止。 4. 保障金额：根据保障项目不同，保障金额也有所不同。 5. 保障条件：被保险人必须身体健康，无违法犯罪记录，且符合合同约定的保障条件。 6. 保障程序：被保险人发生保障范围内的事故时，应及时通知本公司，并提供相关证明材料。 7. 保障效果：被保险人可获得相应的保障金额，用于支付医疗费用、生活费用等。 8. 保障评价：被保险人对保障效果的评价，可作为本公司改进保障服务的参考。	1. 保障对象：凡在本公司工作的员工，均享有此项保障。 2. 保障项目：包括意外伤害、重大疾病、身故、残疾等。 3. 保障期限：自签订本合同之日起，至本合同期满之日止。 4. 保障金额：根据保障项目不同，保障金额也有所不同。 5. 保障条件：被保险人必须身体健康，无违法犯罪记录，且符合合同约定的保障条件。 6. 保障程序：被保险人发生保障范围内的事故时，应及时通知本公司，并提供相关证明材料。 7. 保障效果：被保险人可获得相应的保障金额，用于支付医疗费用、生活费用等。 8. 保障评价：被保险人对保障效果的评价，可作为本公司改进保障服务的参考。	1. 保障对象：凡在本公司工作的员工，均享有此项保障。 2. 保障项目：包括意外伤害、重大疾病、身故、残疾等。 3. 保障期限：自签订本合同之日起，至本合同期满之日止。 4. 保障金额：根据保障项目不同，保障金额也有所不同。 5. 保障条件：被保险人必须身体健康，无违法犯罪记录，且符合合同约定的保障条件。 6. 保障程序：被保险人发生保障范围内的事故时，应及时通知本公司，并提供相关证明材料。 7. 保障效果：被保险人可获得相应的保障金额，用于支付医疗费用、生活费用等。 8. 保障评价：被保险人对保障效果的评价，可作为本公司改进保障服务的参考。	1. 保障对象：凡在本公司工作的员工，均享有此项保障。 2. 保障项目：包括意外伤害、重大疾病、身故、残疾等。 3. 保障期限：自签订本合同之日起，至本合同期满之日止。 4. 保障金额：根据保障项目不同，保障金额也有所不同。 5. 保障条件：被保险人必须身体健康，无违法犯罪记录，且符合合同约定的保障条件。 6. 保障程序：被保险人发生保障范围内的事故时，应及时通知本公司，并提供相关证明材料。 7. 保障效果：被保险人可获得相应的保障金额，用于支付医疗费用、生活费用等。 8. 保障评价：被保险人对保障效果的评价，可作为本公司改进保障服务的参考。

适用条款	保障项目	每人保险金额(元)	限额、免赔额、赔付比例、等待期等
意外伤害保险条款	身故、残疾	50 万	
附加意外伤害医疗保险条款	意外医疗	5 万	免赔 100 元给付 90%

如对被保险人分组投保，则无须填写以上保障内容，请直接填写《分组方案清单》

保险费合计	币种 <u>人民币</u> , (大写) <u>陆佰陆元整</u> , (小写) <u>660</u>
保险期间	<u>3</u> 天, 自 <u>2025</u> 年 <u>06</u> 月 <u>28</u> 日零时起至 <u>2025</u> 年 <u>06</u> 月 <u>29</u> 日二十四时止
交费方式	☒ 一次交清, 交费日期: _____ ☐ 分期, 详见分期付款协议
	☐ 现金 ☒ 银行转账 ☐ 其他
保险合同争议解决方式	☐ 诉讼; ☐ 提交 _____ 仲裁委员会仲裁
特别约定	

理赔须知

一、出险报案：当被保险人发生保险事故后，请立即拨打我公司客服电话 95518 进行报案，我公司理赔人员将向您询问保单和出险的相关信息，并进行报案登记。

二、案件处理：我公司理赔人员将及时对您的案件进行处理，向您详细了解案件发生当事人、时间、地点和经过，了解损伤、疾病和治疗等情况，并告知您理赔地点、理赔流程和需要提交的索赔单证。

三、提交索赔资料：等被保险人治疗结束或案件处理后，及时收集和整理完整索赔资料，并提交到我公司指定的理赔点，如后续我公司理赔人员通知您补充资料的，您要按要求及时补充提交。（索赔材料详见本投保单所附的保险条款）

四、审核与赔款计算：在您提交的索赔材料真实齐全的情况下，我公司根据保险合同的约定和相关法律法规，审核案件是否属于保险责任，对重大或疑难的案件，我公司将对案件进行理赔调查。对属于保险责任的，我公司进行保险赔款的准确计算和赔案内部审核工作，最终确定赔付金额。

五、领取赔款：请您根据监管部门对领取赔款的要求提供有效的银行账户信息和身份信息，我公司及时向您支付保险赔款。

投保人声明

保险人已向本人详细介绍并提供了投保险种所适用的条款,并对本保险合同为非保证续保合同,本保险合同中免除保险人责任的条款(包括但不限于责任免除、免赔率与免赔额、投保人被保险人义务、赔偿处理、通用条款等),以及本保险合同中付费约定和特别约定的内容、理赔程序、理赔文件要求向本人作了明确说明,本人已充分理解并接受上述内容,同意以此作为订立保险合同的依据;本人自愿投保上述险种。

本人承诺已征得被保险人同意并认可保险金额。上述所填写各项内容及其他本人所提供投保资料（包括被保险人及受益人名单、健康问卷等）均真实有效，本人清楚故意或因重大过失未履行如实告知义务的法律后果。

投保人盖章:

年 月 日

以下内容由保险公司填写，客户无须填写

初审情况	业务来源： ☐ 传统直销业务 员工姓名： ☐ 个人代理业务 代理人姓名： ☐ 兼业代理业务 机构名称： 销售机构：			☐ 新渠道直销业务 电销员工姓名： ☐ 专业代理业务 机构名称： ☐ 经纪业务 机构名称： 归属业务员签字： 年 月 日			复核意见	复核人签字： 年 月 日

第一联（公司联）【第二联（客户联）】

尊敬的客户：您可通过本公司网站（www.picc.com）、95518 客服热线、中国人保 APP 或附近营业网点查询保单信息。若对查询结果有异议，请通过以上渠道联系本公司。本公司最近季度的综合偿付能力充足率和风险综合评级均达到监管要求，具体信息请登录公司官网（<https://property.picc.com/gkxx/zxxx/cfn/>）查看。

序号	姓名	证件号码
1	郭艾伦	21100219931114011X
2	董方卓	210204198501233518
3	黄健翔	110101196801204519

