

演艺人员意外和健康保险(B款)个人投保单 2019版 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）所作的说明。
本保险合同的伤残评定标准适用《人身保险伤残评定标准及代码》(JR/T 0083—2013) (由中国保险监督管理委员会发布,保监发[2014]6号),条款另有约定的除外。

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 (若投保人与被保险人为同一人,则可不填写此栏)

名称	康辉集团北京国际会议展览有限公司			行业		
组织机构代码 (统一社会信用代码)	91110105597678665R			员工总数		
联系人	张清清			电话		
通讯地址	北京市朝阳区农展馆南路 13 号 12 层 1510 内 002			邮编		

被保险人信息

姓名	金晨	性别	女	证件类型	<input checked="" type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 护照 <input type="checkbox"/> 军人证 <input type="checkbox"/> 其他		
证件号码	370103199009052528			移动电话			
被保险人是否已参加公费医疗、社会医疗保险和其他费用补偿型医疗保险: <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否。若已参加社会医疗保险,请严格使用医保卡就医。							
通讯地址					邮编		
工作单位			职业岗位		兼职岗位	职业类别	类

受益人信息 (若未指定,依法律规定处理)

受益顺序	姓名	性别	是被保险人的	受益份额	证件类型	证件号码	联系方式/住所
				%			
				%			

保障内容

适用条款	保障项目	保险金额(元)	每次事故门诊限额(元)	每次事故免赔额(元)	赔付比例(%)	每日津贴给付标准(元)	每次免赔日数(日)	每次最高给付津贴日数(日)
意外伤害保险条款	身故、残疾	500 万元						
附加意外伤害医疗保险条款	意外医疗	50 万元		100 元	90%			

保险费合计 币种 人民币, (大写) 壹仟伍佰伍拾元整, (小写) 1550

保险期间 1 天,自 2022 年 05 月 09 日零时起至 2022 年 05 月 09 日二十四时止

交费方式 现金 银行转账 其他 交费日期:

保险合同争议解决方式 提交仲裁委员会仲裁; 诉讼

特别约定

(父母为其未成年子女投保时应了解如下政策规定,并填写本栏内容)

根据中国保监会规定,父母为其未成年子女投保的人身保险,各保险合同约定的被保险人死亡给付的保险金额总和、被保险人死亡时各保险公司实际给付的保险金总和均不得超过以下限额:被保险人不满 10 周岁的,不得超过人民币 20 万元,被保险人已满 10 周岁但未满 18 周岁的,不得超过人民币 50 万元;但航空意外死亡保险金额及重大自然灾害意外死亡保险金额不计算在上述规定限额之中。

本合同项下的未成年人是否拥有其他包含死亡保险责任的人身保险合同? 否 是

1.如选择“否”,则不满 10 周岁的未成年人死亡保险金额为 20 万元或本合同所载保障方案项下死亡保险金额,以低者为准;已满 10 周岁但未满 18 周岁的未成年人死亡保险金额为 50 万元或本合同所载保障方案项下死亡保险金额,以低者为准。

2.如选择“是”,则不满 10 周岁的未成年人死亡保险金额为本合同所载保障方案项下死亡保险金额或 (20 万元 - 该未成年人拥有的其他各保险合同项下死亡保险金额之和),以低者为准;已满 10 周岁但未满 18 周岁的未成年人死亡保险金额为本合同所载保障方案项下死亡保险金额或 (50 万元 - 该未成年人拥有的其他各保险合同项下死亡保险金额之和),以低者为准。

投保人声明

保险人所提供的投保单已附投保险种所适用的条款,并且向本人详细介绍了条款,尤其是对其中免除保险人责任的条款(包括但不限于责任免除条款、免赔额、免赔率、比例赔付或者给付等免除或者减轻保险人责任的条款),以及本保险合同中付费约定和特别约定的内容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。

在中国法律允许或要求的范围内,投保人、被保险人同意并授权承保公司将个人信息及保单信息提供给北京意外险信息平台和健康险信息平台以做合理利用,如果投保人、被保险人留下手机号码,则意外险平台将提供免费的投保短信提示服务。

上述所填写的内容、健康问卷及其他本人所填投保资料为保险合同的重要组成部分,均属事实。

投保人签字:

年 月 日

被保险人签字:

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:				复核意见	复核人签字:
	<input type="checkbox"/> 传统直销业务	员工姓名:	<input type="checkbox"/> 新渠道直销业务	电销员工姓名:		
	<input type="checkbox"/> 个人代理业务	代理人姓名:	<input type="checkbox"/> 专业代理业务	机构名称:		
	<input type="checkbox"/> 兼业代理业务	机构名称:	<input type="checkbox"/> 经纪业务	机构名称:		
	销售机构:	归属业务员签字:	年 月 日			

本公司最近季度的综合偿付能力充足率为 303.53%, 偿付能力充足率和风险综合评级均达到监管要求。