

投保资料填用指南

——一个人长险业务

一、 总则

本指南旨在为销售人员指导客户正确填写投保资料提供帮助，旨在提高客户资料填写质量，加快出单时效，提升公司服务客户和销售的品质。指南中所述投保单证指《个人保险投保单》（单证代码1110和1108）、《人身保险投保提示书》、《销售人员报告书》、各类问卷及缔约声明等各类业务新单投保时填用的单证资料。

二、 一般填用说明

1. 投保资料内容请使用碳素墨水笔或蓝黑色钢笔填写，字迹清晰工整，内容真实、准确、完整。
2. 投保资料信息（除客户签字及部分要约内容等重要信息外）修改时，可用**左下右上**或**横线划掉**填写错误的內容，修改为正确的內容，同时由投保人在**修改处亲笔签名，不要使用涂改液或小刀刮**。需要注意的是，修改后的內容尽量工整、不要超过原填写框区域，以便公司对修改內容进行正常的扫描和录入。
3. 投保资料中的填写项目也可以通过打印机进行套打，需要注意的是，“投保人签字”、“被保险人（或其法定监护人）签字”、“账户所有人签字”、“授权人签字”等签名项目仍需

由客户进行亲笔签名。

4. 对于以下情况，请重新填写投保单：

(1) 投保资料有严重污损，影响重要信息扫描的；

(2) 投保资料填写修改内容不清晰，超出影像截取区域或者影响影像信息识别的；

(3) 投保资料中投保人、被保险人、账户所有人等**客户**签字出现涂改的；

(4) 投保单中**保险金额、保险费（含大小写）、交费期间、交费方式**出现其中**一处错误或涂改**的；

(5) 投保单中同时**出现六处填写错误或涂改**的。

三、个人长险投保资料各构件具体填用指南

(一)《个人保险投保单》填用指南

销售人员填写项说明（由销售人员填写）

1	→	销售机构代码：	340104
2	→	销售渠道：	个人代理
3	→	销售人员姓名：	吴小玉
4	→	营销员代码：	00001

 **中国人寿保险股份有限公司**
China Life Insurance Company Limited

* 1108000000000000 1

个人保险投保单

1. 销售机构及代码：请填写销售机构的机构代码。

2. 销售渠道：请填写“个人代理”或“机构代理”等渠道信息。

3. 销售人员姓名：请填写销售人员的姓名。

4. 销售人员代码：请填写销售人员的唯一代码。

2. 客户资料栏各项填写说明

投保人及被保险人信息栏（由客户填写）

客户资料	
5	姓名 刘大红 性别 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 出生日期 1969年5月6日
6	国籍 <input checked="" type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其它 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"/> 在华居住证 <input type="checkbox"/> 其它
7	证件号码 340103196905062222 证件有效期限 至 2026年8月26日 / <input type="checkbox"/> 长期 婚姻状况 <input type="checkbox"/> 未婚 <input checked="" type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 其它 工作单位 安徽省总工会干校
8	职业 校工 兼职 无 职业代码 120103 职业类别 2级 <small>(本合同所有往来文件送达, 均以通讯地址为准, 为确保您的权益, 请准确填写本栏。)</small>
9	通讯地址 安徽省合肥市中山路20号玉林小区8单元101室 邮政编码 230001
10	家庭电话 0551-12345678 分机 办公电话 0551-87654321 分机 1312 移动电话 13907654321 电子邮件 Liudahong@sina.com
11	公司信息通知方式 <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input checked="" type="checkbox"/> 手机短信 <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 信函 (四选一填写)
12	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。 <input checked="" type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意
13	客户号

投保人及被保险人基本信息

5. “姓名”、“性别”、“年龄”、“出生日期”的填写：需要按投保时投保人、被保险人、受益人的实际情况如实填写，且与所提供的有效证件中信息务必保持一致。对于姓名中含有不常用的生僻字，可要求客户加注拼音。投保人、被保险人年龄要按投保时的实际周岁年龄填写，即以《个人保险投保单》的填写日期和投保人、被保险人的出生日期为准进行计算。投保人、被保险人的年龄应符合条款规定。

6. 国籍：按实际情况勾选“中国”或者“其它”，如勾选了“其它”，需在横线上具体写明国籍。

7. 证件类型、证件号码及证件有效期限的填写：证件名称要填写投保时有效的证件，所填号码要与所提供有效证

件中的号码相一致。填写投保单时要认真核对客户所填写证件及号码是否与所提供的有效证件相符。对于证件类型勾选“其它”的，应在横线上注明证件类型的名称。例如，持有户口簿的，证件类型勾选“其他”，并在横线上注明户口簿。对于证件具有有效期限的，如第二代身份证，应准确填写证件的有效期限终止日期。

8. 职业、职业代码、职业类别及工作单位的填写：“职业代码”和“职业类别”两栏，销售人员要根据《职业分类表》（见《核保手册》）所列的“职业代码”、“职业类别”进行填写，且职业代码或职业类别必须与所填写的职业相符。

“职业”栏填写投保人、被保险人实际从事的何种工作，如建筑工人、教师等。投保人、被保险人有兼职的，要填写其所兼职的何种工作，没有兼职的，该栏填写“无”或划上左下右上斜线。被保险人从事两种职业或有兼职的，要按风险较高的职业名称及职业代码填写。对于《职业分类表》中尚未列明的职业及其代码，销售人员需向公司核保人员询问后再行填写。“工作单位”栏，要填写投保人、被保险人工作单位的全称。对于没有工作单位的个体工商户，“工作单位”栏填写为“个体工商户”，且需要进一步注明具体工种，以便核保参考。

9. “通讯地址”、“邮政编码”的填写：[“通讯地址”](#)不得为[空](#)，是公司向客户提供后续保单服务的重要方式，为

了使客户能够及时收到公司纸质信函，销售人员需提醒客户尽量填写详细、准确的通讯地址和邮政编码。书写尽量紧凑，以免影响后续影像扫描录入的清晰准确。

10. 联系方式的填写：应按照分类填写联系方式信息，“办公电话”、“家庭电话”填写时需填写区号，有分机的需要在括号中填写分机；对于小灵通、大灵通等号码也在此处填写，填写时也需填写区号。“移动电话”项目填写客户手机号码。“办公电话”、“家庭电话”、“移动电话”三项中应至少填写一项能联系到客户的电话。“电子邮件”填写应真实、准确、完整，按照××××@××××.×××的格式进行填写，确保所填电子邮件地址可以接收公司发送的电子信函。

11. 公司信息通知方式：为积极响应环保低炭的社会号召，推行绿色金融服务，我们倡导优先选择电子邮件或手机短信作为公司信息通知方式。公司信息通知方式采取四选一方式填写，勾选了电子邮件或者手机短信作为公司信息通知方式的，应确保已留存了对应信息。

12. 是否同意“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”：投保人或被保险人曾经在我公司投保过，而本次投保单填写的联系方式信息与以往投保的保单不同，客户若选择“不同意”更新原有的联系方式，将不会更新该客户原有的保单联系信息。如果选择“同

意”更新原有的联系方式，则会更新该客户原有保单的联系方式，我公司提供保单服务时，均以此次提供联系方式为准。

13. 客户号：如果客户以前有过投保记录尽量要求其填写，若该客户有多张保单和多个客户号，要求客户确定一个准确的信息，到公司做客户资料批改，再将该客户所有的保单都拆分到同一客户号下，避免出现一个客户有多个客户号的现象。

错误示范

通讯地址 安徽省合肥市	邮政编码 230001
--------------------	----------------

A. 错误。通讯地址填写不完整、准确，无法成功寄送；

移动电话	电子邮件 Liudahong@sina.com
公司信息通知方式 <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input checked="" type="checkbox"/> 手机短信 <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 信函 (四选一填写)	

B. 错误。未填写“移动电话”，却选择“手机短信”，无法完成短信成功通知；

家庭电话	-	分机	办公电话	-	分机
移动电话 028-6523XXXX			电子邮件 无		

C. 错误。“小灵通”、“大灵通”号码不应填写在“移动电话”栏；

14. 是投保人的 本人 配偶 父母 子女 其他 (若为投保人本人时，可免填以下资料)

姓名 张军	性别 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期 1966年2月24日
国籍 <input checked="" type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> 其它	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"/> 在华居住证 <input type="checkbox"/> 其它	
证件号码 340102196602241111	证件有效期限 至 2026年8月26日 / <input type="checkbox"/> 长期	
婚姻状况 <input type="checkbox"/> 未婚 <input checked="" type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 其它	工作单位 安徽省合肥机务段	
职业 一般工作人员	兼职 无	职业代码 050201 职业类别 1级
(本合同所有往来文件送达，均以通讯地址为准。为确保您的权益，请准确填写本栏。)		
通讯地址 安徽省合肥市中山路20号玉林小区8单元101室	邮政编码 230001	
家庭电话 0551-1234567	分机	办公电话 0551-87654444 分机 001

14. 关于投保人、被保险人之间关系的填写：

A. 若投保人与被保险人为同一人，被保险人“是投保人的”一栏勾选“本人”，此时，被保险人的客户信息视同与投

保人客户信息一致，可以不必重复填写；

B. 若被保险人与投保人不是同一人，其关系必须勾选明确或在横线上填写，同时被保险人信息要完整填写。

受益人信息栏（由客户填写）

15 身故保险金受益人 ①同一顺序受益人受益份额合计为100%。②同一顺序受益人超过2人的，应填写受益份额；超过3人的，请在备注栏中按相同要素填写。③除身故保险金以外的其他保险金受益人以条款约定为准，如需另外指定的，请在备注栏中按相同要素填写。④未填写身故保险金受益人信息的，我公司将依据《中华人民共和国保险法》第42条规定履行给付保险金的义务。

受益顺序	姓名	性别	出生日期 (年/月/日)	是被保 险人的	受益 份额	证件名称	证件号码
1	张小红	女	1990.9.10	女儿	50%	身份证	340103199009100102
1	张大红	女	1990.9.10	女儿	50%	身份证	340103199009100202
					%		

15. 身故保险金受益人的填写：投保时就指定受益人，可以减少理赔时受益人身份确认工作及不必要的纠纷。需要注意的是：

A. 受益人必须是实际已经存在的人，不能为不确定的人，如“我未来的妻子或丈夫”、“我未来的儿子或女儿”等；也不能在受益人“姓名”栏中出现“法定”字样。

B. 若受益人为一人，则“受益顺序”栏无需填写，“受益份额”栏填写100%；若受益人为数人，要填写“受益顺序”和“受益份额”，“受益顺序”栏填写“1、2、3”等，“受益份额”栏填写××%，不能填写具体数额。

C. 若投保人、被保险人指定多个受益顺序，并且同一受益顺序下的各个受益人确定有受益份额的，同一受益顺序下各个受益人的受益份额之和必须为100%；同一受益顺序下的各个受益人没有确定受益份额的，每个受益人按照相等份额享有受益权。若投保人、被保险人没有指定受益顺序的，默

认为所有受益人均均为同一受益顺序，则各个受益人的受益份额之和也必须为100%。若受益人人数多于3人的，有关资料在备注栏填写。

D. 在“是被保险人的”栏目内，须填写为父亲、母亲、妻子、丈夫和儿子、女儿等，不能够填写儿女、母子、父女等。投保人与被保险人必须具有保险利益，为十岁以下未成年人投保含死亡责任的险种，其投保人必须是该未成年人的父母；在十岁以上未成年人的法定监护人签字认可的前提下，允许该未成年人的祖父母、外祖父母为其投保。

错误示范

受益顺序	姓名	性别	出生日期(年/月/日)	是被保险人的	受益份额	证件名称	证件号码
1	张小红	女	1990.9.10	女儿	45%	身份证	340103199009100102
1	张大红	女	1990.9.10	女儿	50%	身份证	340103199009100202
					%		

D. 错误。受益份额加起来不足100%。

3. 要约内容的填写

要约内容之险种及交费信息栏（由客户填写）

要约内容	
16	险种名称 国寿福禄双喜两全保险（分红型）
17	(一) 保险金额 12982.00 标准保险费 5000.00 额外/追加保险费
18	交费期间 10年/至岁 保险期间 <input type="checkbox"/> 终身 <input checked="" type="checkbox"/> 定期(年/月/日至75岁)
	险种名称 国寿附加福禄双喜提前给付重大疾病保险
(二)	保险金额 12982.00 标准保险费 275.50 额外/追加保险费
	交费期间 10年/至岁 保险期间 <input type="checkbox"/> 终身 <input checked="" type="checkbox"/> 定期(年/月/日至75岁)
	险种名称 国寿附加豁免保险费重大疾病保险（A款）
(三)	保险金额 5000.00 标准保险费 265.80 额外/追加保险费
	交费期间 10年/至岁 保险期间 <input type="checkbox"/> 终身 <input checked="" type="checkbox"/> 定期(10年/月/日至岁)

16. “险种名称”的填写须为所投保险种的名称。投保人投保多个主险及附加险，在填写险种名称处按顺序填写，注意

附加险填写在主险后面，一张投保单最多填写6个险种。如无特殊规定，该投保单所填写的多个险种，交费方式，首期交费形式，续期交费形式等要约内容必须一致，如存在两个以上年金保险或分红保险，年金领取年龄和分红领取方式必须一致。投保附加险者，要确保附加险险种、保额、保费符合公司有关核保规定。

17. 可选择保险责任和保险金额的填写：当投保人投保可以选择保险责任的保险险种时，所选择的保险责任和不同的保险金额均在“备注”栏内填写。

保额、保费、币别的填写：要确保保额、保费的计算正确，保费大、小写金额填写一致。币别选项必填，如非人民币，则勾选其它，同时在横线上注明币种。

18. “保险期间”的填写：若保险期间为终身的，在“保险期间”栏下的“终身”栏前的方框内划钩；若保险期间为定期的，在“保险期间”栏下的“定期”栏前的方框内划钩，同时要根据投保人的选择和保险条款规定，据实填写定期的年/月/日数或到期的年龄。

错误示范

(四)	险种名称			
	保险金额		标准保险费	额外/追加保险费
	交费期间	年/至 岁	保险期间	<input type="checkbox"/> 终身 <input checked="" type="checkbox"/> 定期(20年/月/日/至 75岁)

E、错误。保险期间不能同时选择×年和××岁，应根据条款规定，选择一种填写；

保险费合计(大写) 伍仟伍佰肆拾壹元叁角整		(小写) 5541.30
19	币种: <input checked="" type="checkbox"/> 人民币 <input type="checkbox"/> 其它	交费方式: <input type="checkbox"/> 一次交清/趸交 <input checked="" type="checkbox"/> 年交 <input type="checkbox"/> 半年交 <input type="checkbox"/> 季交 <input type="checkbox"/> 月交 <input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> 其它
20	为保障您的权益,建议您通过银行转账等非现金形式交纳保费。首期交费形式: <input checked="" type="checkbox"/> 银行转账 <input type="checkbox"/> 银行代收 <input type="checkbox"/> 支(汇)票 <input type="checkbox"/> POS机 <input type="checkbox"/> 现金 <input type="checkbox"/> 其它 续期交费形式: <input checked="" type="checkbox"/> 银行转账 <input type="checkbox"/> 银行代收 <input type="checkbox"/> 支(汇)票 <input type="checkbox"/> POS机 <input type="checkbox"/> 现金 <input type="checkbox"/> 其它 费,请前往我公司营业网点办理。具体事宜请咨询销售人员或垂询我公司客户服务专线95519。	

19. 交费方式: 有“一次交清/趸交”、“年交”、“半年交”、“季交”、“月交”、“不定期”和“其他”七种方式, 由投保人根据条款规定以及自身经济状况而定。

20. 交费形式: 具体分为“首期交费形式”和“续期交费形式”, 分为“银行转账”、“银行代收”、“支(汇)票”、“POS机”、“现金”和“其它”六种方式, 根据实际情况填写。如“续期交费形式”选择了“银行转账”的, 必须填写“转账授权”部分的“保险费付款账户授权”。否则约定无效。

要约内容之年金领取及其它信息栏(由客户填写)

21	年金领取年龄: _____ 周岁 首期领取金额: _____ 元 (若投保险种无年金给付利益的, 免填本栏, 误填者不享有相关利益。)
	领取方式: <input type="checkbox"/> 趸领 <input type="checkbox"/> 年领 <input type="checkbox"/> 月领 <input type="checkbox"/> 平准领取 <input type="checkbox"/> 递增领取 <input type="checkbox"/> 递增率为 _____ % <input type="checkbox"/> 其它
22	目前被保险人是否享有社会医疗保险或公费医疗保障 <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
23	合同争议处理方式 <input checked="" type="checkbox"/> 诉讼 <input type="checkbox"/> 仲裁(若选择仲裁, 请在此处明确填写全称: _____ 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。)

21. 年金领取年龄、首期领取金额和领取方式栏目的填写:

A. 对于投保保险条款中明确规定有年金领取年龄且年金领取年龄不允许投保人进行选择的年金保险险种, 投保人按

条款规定填写“年金领取年龄”栏。否则，在“年金领取年龄”栏内填写投保人选择的具体年金领取年龄。

B. “首期领取金额”栏根据投保的实际情况进行填写。

C. “领取方式”栏根据投保人选定的具体领取方式进行填写，即在“趸领”、“年领”、“月领”和“平准领取”、“递增领取”中之一前的方框内打钩，如选择了“递增领取”，还要在“递增率为 %”栏内根据条款规定填写具体递增率。

D. 对于投保了同时可以选择两种以上领取方式的年金保险险种，各种领取方式在“备注”栏内进行详细填写。对于年金类保险，不得对同一保单采用趸交趸领的方式承保，即交费方式选择趸交的情况下，领取方式不得选择趸领。

22. “目前被保险人是否享有社会医疗保险或公费医疗保障”：对于投保含有医疗责任的险种，此项必须根据被保险人的实际情况如实填写。

23. 合同争议处理方式：可以在诉讼与仲裁中选择其一（也可不选），如果选择了仲裁，须填写XX仲裁委员会，如未填写仲裁委员会名称，则选择仲裁无效。

要约内容之红利及投资连结保险信息栏（由客户填写）

26. 对于投保期交险种，且交费形式选择了“银行转账”的，应完整填写授权信息。“开户银行”、“账号”、“账户所有人姓名”为银行转账必填的三要素，必须完整、准确填写。“账户形式”按约定账号的实际形式填写。

一般情况下账户所有人应为投保人本人。对于账户所有人应为投保人本人的，在完整、准确填写完“账户形式”、“开户银行”、“账号”、“账户所有人姓名”项目后，下方的“账户所有人身份”、“证件类型”和“证件号码”可不填写。若确因需要使用非投保人账户交纳保费的，需账户所有人填写授权并签字确认。填写内容包括账户所有人的信息，分为“账户所有人身份”、“证件类型”和“证件号码”三项。如账户所有人身份为被保险人，“证件类型”和“证件号码”两项可以不必填写。

错误示范

(一) 保险费付款账户授权:			
账户形式	<input checked="" type="checkbox"/> 借记卡 <input type="checkbox"/> 活期存折 <input type="checkbox"/> 其它	开户银行	中国建设银行
账 号	1 6 3 3 0 6 8 8 8 8 1 0 0 1 2 8 8 8 8	账户所有人姓名	刘大红
账户所有人应为投保人本人，若确因需要使用非投保人账户交纳保费的，请账户所有人填写如下项目并签字确认。			
账户所有人身份	<input type="checkbox"/> 被保险人 <input checked="" type="checkbox"/> 其他 <u>本人</u> (请填写与投保人的关系)	账户所有人签字:	<u>刘大红</u>
证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它	证件号码	(勾选被保险人的，免填此行。)
F、错误。投保人本人的账户无需填写红色字体以下的内容，也无需签字；对于账户所有人为非投保人本人的，则红色字体以下内容均需填写。			

满期金、生存金、年金等保险金领款账户授权（由账户所有人填写）

27	→(二) 满期金、 生存金 、年金等保险金领款账户授权：	
<input checked="" type="checkbox"/> 授权保险费付款账户领取 <input type="checkbox"/> 授权如下账户领取：		
账户形式	<input type="checkbox"/> 借记卡 <input type="checkbox"/> 活期存折 <input type="checkbox"/> 其它	开户银行
账 号		账户所有人姓名
<small>申领满期金、生存保险金、年金时，账户所有人应为被保险人本人。若确因需要使用非被保险人账户领取上述保险金的，请账户所有人填写如下项目并签字确认。</small>		
账户所有人身份	<input checked="" type="checkbox"/> 投保人 <input type="checkbox"/> 其他 <small>(请填写与被保险人的关系)</small>	账户所有人签字： 刘大红
证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它	证件号码
		<small>(勾选投保人的，免填此行。)</small>

27. 对于有满期金、生存金、年金领取责任的险种，上述款项如选用银行转账方式领款的，可填写本授权。

一般情况下账户所有人应为被保险人本人。

对于如已授权“保险费付款账户”，且满期金、生存金、年金等保险金领款账户与保险费付款账户相同的，可以只勾选“授权保险费付款账户领取”项。

若确因需要使用非被保险人账户领款的，需账户所有人填写授权并签字确认。填写内容包括账户所有人的信息，分为“账户所有人身份”、“证件类型”和“证件号码”三项。如账户所有人身份为投保人的，“证件类型”和“证件号码”两项可以不必填写。

错误示范

→(二) 满期金、 生存金 、年金等保险金领款账户授权：	
<input type="checkbox"/> 授权保险费付款账户领取 <input type="checkbox"/> 授权如下账户领取：	
账户形式	<input type="checkbox"/> 借记卡 <input type="checkbox"/> 活期存折 <input type="checkbox"/> 其它 开户银行
账 号	账户所有人姓名 张胜兰
G、错误。不能在空白或未填写信息的情况下签字；	

28	→(二) 满期金、 生存金 、年金等保险金领款账户授权：	
<input checked="" type="checkbox"/> 授权保险费付款账户领取 <input type="checkbox"/> 授权如下账户领取：		

28. 对于客户投保提供生存金累积生息服务的险种，若希望享有生存金累计生息服务，则填写“满期金、生存金、

年金等保险金领款账户授权”时，需要用横线划掉“生存金”三个字眼。如上图所示：没有划掉“生存金”三个字的，则视同放弃生存金累计生息，选择按期转账划转生存金。

红利、利差款项领取账户授权（由账户所有人填写）

对于投保了分红险，条款允许领取的且未选择红利领取方式未选择“累积生息”的，或者投保具有利差返还责任的险种，可填写本授权。

29 → (三) 红利、利差款项领取账户授权：	
<input type="checkbox"/> 授权保险费付款账户领取 <input type="checkbox"/> 授权如下账户领取：	
账户形式	<input type="checkbox"/> 借记卡 <input type="checkbox"/> 活期存折 <input type="checkbox"/> 其它 _____ 开户银行
账 号	_____ 账户所有人姓名
申领红利、利差时，账户所有人应为投保人本人，若确因需要使用非投保人账户领取上述款项的，请账户所有人填写如下项目并签字确认。	
账户所有人身份	<input type="checkbox"/> 被保险人 <input type="checkbox"/> 其他 _____ (请填写与投保人的关系) 账户所有人签字：_____
证件类型	<input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其它 _____ 证件号码 _____ (勾选被保险人的，免填此行。)

29. 一般情况下账户所有人应为投保人本人。

对于如已授权“保险费付款账户”，且红利、利差款项领取账户与保险费付款账户相同的，可以只勾选“授权保险费付款账户领取”项。

若确因需要使用非投保人账户领款的，需账户所有人填写授权并签字确认。填写内容包括账户所有人的信息，分为“账户所有人身份”、“证件类型”和“证件号码”三项。如账户所有人身份为被保险人的，“证件类型”和“证件号码”两项可以不必填写。

5. 告知事项部分各栏的填写

身高、体重及收入信息栏（由客户填写）

告知事项													
(若投保人和保险条款中列明有“免交未到期保险费责任”的,须同时填写“投保人”项下告知事项。)													
30	1.身高体重	被保险人身高	170	厘米	体重	80	公斤	投保人身高	158	厘米	体重	50	公斤
31	2.平均年收入(填写过去三年大约的平均年收入值)												
	说明对象	职务	平均年收入	收入来源		填写说明							
	被保险人	①	3万	①		主要收入来源包括:①工资 ②个体 ③私营 ④房屋出租 ⑤证券投资 ⑥银行利息 ⑦农业业 ⑧其它							
	投保人	①	3万	①		职务可选择:①一般职员 ②部门经理 ③总经理 ④一般干部 ⑤科级 ⑥处级 ⑦厅局级及以上 ⑧其它							

30. “身高”、“体重”的填写。被保险人、投保人的“身高”栏,均以厘米为单位进行填写;“体重”栏均以公斤为单位进行填写。

31. “平均年收入”的填写。投保人、被保险人应按表格内容,如实填写“职务”,“固定年收入”项目,“收入来源”项目根据列表内容进行选择。

其他告知 (由客户填写)		
3.吸烟习惯 被保险人已吸烟 0 年,平均每天 0 支,戒烟 0 年。投保人已吸烟 0 年,平均每天 0 支,戒烟 0 年。		
4.生活习惯:		被保险人 投保人
A. 饮酒习惯: 是否平均每天饮白酒等烈性酒50克以上	4A <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
B. 是否参加潜水、拳击、攀岩、飞行、赛车、漂流等危险运动或有此类嗜好	4B <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
C. 是否服用任何成瘾药物或吸毒	4C <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
D. 是否计划两年内出国	4D <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
5.身体残障:		
A. 是否曾患听力、视力、语言、咀嚼障碍、智力障碍	5A <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
B. 是否曾患有脊柱、胸廓畸形、四肢、手、足、指残缺	5B <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
6.症状体征: 是否曾患有,或被告知有下列症状,或因下列症状接受治疗:		
慢性咳嗽、咯血、胸闷、心慌、气短、浮肿、声嘶哑、吞咽困难、呕血、黑便、腹痛、黄疸、贫血、肿块、血尿、蛋白尿、皮肤淤斑、不明原因皮下出血点、渐进性消瘦、持续性头痛、晕厥、抽搐、昏迷、长期发热、高度近视	6 <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
7.病史询问: 是否曾患有或接受治疗过下列疾病:		
A. 高血压、先天性心脏病、风湿性心脏病、心内膜炎、冠心病、心肌梗塞、心律失常、心肌炎、脑血管意外	7A <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
B. 帕金森氏病、癫痫、脑部疾病、脊髓疾病、精神病	7B <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
C. 哮喘、肺结核、肺气肿、支气管扩张、尘肺、矽肺、肺源性心脏病	7C <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
D. 消化性溃疡、萎缩性胃炎、胰腺炎、肝硬化、肝炎、肝炎病毒感染、胆道感染或胆石症	7D <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
E. 尿路结石或畸形、肾炎、肾病、肾功能不全、多囊肾、肾盂积水、前列腺疾病	7E <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
F. 肿瘤(包括恶性肿瘤及尚未确诊为良性或恶性之息肉、肿瘤、囊肿、结节、赘生物)	7F <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
G. 糖尿病、痛风、垂体机能亢进或减退、甲状腺机能亢进或减退、肾上腺机能亢进或减退	7G <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
H. 系统性红斑狼疮、风湿或类风湿病、胶原性疾病及结缔组织疾病、椎间盘突出、疝、痔	7H <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
I. 贫血、血小板减少性紫癜、过敏性紫癜、血友病、白血病,被建议不宜献血	7I <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
J. 白内障、视网膜疾病、角膜疾病、青光眼、中耳炎及其它眼、耳、鼻、喉或口腔疾病	7J <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
K. 先天性疾病、遗传性疾病、地方病、职业病、药物过敏史	7K <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否

K. 先天性疾病、遗传性疾病、地方病、职业病、药物过敏史		7K <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
L. 是否还有以上未列明的疾病		7L <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
8. 诊疗、检查经历:			
A. 过去3个月内是否接受过医生的诊断、检查和治疗		8A <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
B. 过去5年内是否因疾病或受伤住院或手术		8B <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
C. 过去5年内除健康普查外有否做过下列检查: X光(透视、摄片)、心电图、B超、CT或核磁共振、脑电图、血液化验、胃镜、肠镜等内窥镜检查、病理活检、眼底检查		8C <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
9. 你及你的配偶是否曾接受或试图接受与艾滋病有关的诊断或治疗? 在过去6个月内是否曾持续超过一周以上有下列症状: 体重下降、食欲不振、盗汗、腹泻、淋巴结肿大及皮肤溃疡		9 <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
10. 父母兄弟姐妹中是否有人曾患有遗传性疾病、结核病、肝炎、肝硬化、癌症、糖尿病、肾病、心脏病、中风、高血压、动脉硬化、精神病或曾是乙肝、丙肝病毒携带者或60周岁以下因病身故		10 <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
32. 11. 妇女专项:			
A. 是否正在怀孕? 如是, 孕期第 周		11A <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
B. 是否患有子宫肌瘤、子宫颈癌、卵巢囊肿、卵巢癌、异位妊娠、乳腺增生(包块、肿块)、乳腺癌、阴道不规则出血等疾病		11B <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
12. 投保记录:			
A. 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被延期、拒保或附加条件承保		12A <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
B. 过去有无向我公司或其它人身保险公司索赔		12B <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
C. 目前是否有已参加或正在申请中的其它人身保险? 如有, 请在备注栏告知承保公司、保险险种名称、保险金额、保单生效时间		12C <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
13. 说明(以上4-12项如“是”, 请在备注栏内列明问题编号及有关需说明的内容, 包括疾病诊治日期、诊治结果、诊治医院名称、债务情况等。对投保单及告知内容, 我公司承担保密责任。)			
备注			

32. “3”至“12”项中, 第11项, 如果客户是男性或者未成年女性可不必选择, 其它各提问项目, 均不得空缺。具体填写时, 只需在各个提问项目后的“是”或“否”的方框内打勾。但凡是在“是”的方框内打勾的提问项目, 必须将其相关的详细说明填写在“13. 说明”栏内。对于第“3”项, 应根据实际吸烟习惯填写, 不吸烟的, 应填写“0”。

6. 声明与授权的填写 (由客户填写)

声明与授权	
<p>1. 贵公司所提供的投保单已附保险条款，已对保险合同的条款内容履行了说明义务，并对免除保险公司责任的条款履行了明确说明义务。本人已仔细阅读、理解投保提示、产品说明书(仅限于分红、万能、投资连结保险)及保险条款尤其是责任免除、解除合同等规定，并同意遵守。本人所填投保单各项及告知事项均属实并确无隐瞒。上述一切陈述及本声明将成为贵公司承保的依据，并作为保险合同一部分。如有不实告知，贵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。</p> <p>2. 本人谨此授权凡知道或拥有任何有关本人健康及其它情况的任何医生、医院、保险公司、其它机构或人士，均可将有关资料提供给贵公司。此授权书的影印本也同样有效。</p> <p>3. 本人自愿授权：投保具有续保条款的意外险或健康险产品的，在保险合同期满前，本人未作出终止续保的书面申请，且贵公司未作出拒绝续保、调整承保条件的决定。交费方式选择银行转账的，贵公司有权按“转账授权：保险费付账户授权须知”的约定划转续保保险费。为本保险合同续保。如在合同满期日后条款规定的宽限期内，贵公司未收取到足额续保保费的，贵公司默认本人自动放弃续保。</p> <p>4. 本人已知晓： (1) 具有续保条款的意外险或健康险产品，贵公司将按续保期间开始时被保险人的年龄和职业、无赔款优待、上年度保额等费率计算因子重新计算续保合同保费，并保留拒绝续保、对承保条件做出相应调整的权利。 (2) 具有续保条款的意外险或健康险产品，如果被保险人的职业(或工种)、健康状况等发生变化或在保险期间发生保险事故，本人有义务应在续保之前以书面形式如实告知贵公司。</p>	
33	<p>→ 5. 未成年人投保授权声明(被保险人未成年，投保人非被保险人法定监护人时填写)：</p> <p>作为被保险人的法定监护人，本人同意投保人_____为被保险人投保贵公司的保险产品及其基本保险金额，并同意本投保单中设定的受益人、受益顺序及受益份额。</p> <p>授权人与被保险人的关系：<input type="checkbox"/>父亲 <input type="checkbox"/>母亲 <input type="checkbox"/>其他_____ 授权人签名：_____</p> <p>授权日期：_____年_____月_____日</p> <p>6. 本人已阅读保险条款、产品说明书和投保提示书，了解分红、万能、投资连结保险的特点和保单利益的不确定性。</p>
34	<p>→ 本人已阅读保险条款产品说明书和投保提示书，了解本产品的特点和保单利益的不确定性。</p>
35	<p>→ 投保人签名：刘大红 被保险人(或其法定监护人)签名：张军 投保申请日期：2010年7月10日</p> <p>以下由保险公司填写： 受理机构：340104 经办：王小东 受理日期：2010年7月10日</p>

33. 未成年人投保授权声明：

当被保险人为未成年人，投保人非被保险人法定监护人时填写本授权。投保人姓名、“授权人与被保险人的关系”、“投保人与被保险人的关系”应如实准确填写，并由授权人亲笔签名确认。

34. 投保新型产品警示语句抄录

客户投保分红、投连、万能等新型产品时，销售人员需按照监管要求引导客户阅读并抄录新型产品警示语句。

35. 投保人、被保险人或其法定监护人签名

必须是投保人、被保险人亲笔签名，如果被保险人为未成年，则必须由其法定监护人的签名并同意，如果投保人、被保险人或其法定监护人是文盲，则在签名处按右手大母指手印。

(二)《人身保险投保提示书》的填用说明

销售人员应指导投保人仔细阅读《人身保险投保提示书》，并由投保人亲笔签名，填写日期。同时由销售人员填写投保单号码、销售人员代码信息并签名确认。

（三）《销售人员报告书》的填用说明

此单证请销售人员根据实际情况逐项认真填写，并签名确认。对于投保人和被保险人为同一人的情况，可只填写第一项“关于被保险人”部分和第二项“关于投保人”部分的第5点即可，第二项“关于投保人”的其他项目可以不必再填写。

（四）其他投保资料的填用说明

如有满足以下情形的，请销售人员指导客户补充填写相应问卷内容：

1. 0-2周岁婴幼儿投保寿险风险型险种的，需填写《婴幼儿健康状况补充问卷》，并提供出生证明或健康证明；
2. 有残疾告知的，需要填写《残疾问卷》；
3. 属高风险职业的，需要填写《高风险职业问卷》；
4. 在《个人保险投保单》告知事项中饮酒习惯项选择“是”的，需要填写《饮酒问卷》；
5. 在《个人保险投保单》告知事项中对是否参加潜水、拳击、攀岩、飞行、赛车、漂流等危险运动嗜好项选择“是”的，需要填写《特殊业务爱好及运动问卷》；
6. 在《个人保险投保单》告知事项中对是否计划两年内

出国项选择“是”的，需要填写《出国人员问卷》；

7. 投保关爱女性 A、B 保险的，需要填写《女性健康补充问卷》；

8. 在其他告知项中选择“是”的，请根据公司核保人员意见，填写相关补充问卷。