

## Z 苏黎世人身意外伤害保险[百万人生]计划投保单

### 被保险人资料栏

姓名	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	证件类型	证件号码
出生日期	国籍	固定电话	移动电话
工作单位名称	职业描述		
现住址	邮编		

### 投保人资料栏

与被保险人关系  本人  其他 (如与被保险人关系为“本人”，本栏其他项目无需填写)

姓名	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	证件类型	证件号码
出生日期	国籍	固定电话	移动电话

### 投保人通讯资料栏

通讯地址	邮编
------	----

### 身故保险金受益人资料栏

若受益人不止一位请在下方说明栏中注明(若无指定,身故保险金视为被保险人遗产)

姓名	性别	出生日期	证件类型	证件号码
与被保险人关系	受益顺序			受益比例

### 询问及告知(若回答“是”,请在说明栏中详细告知)

被保险人是否	编号	询问事项
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	曾否连续使用镇静安眠剂、迷幻药、毒品、成瘾药物或接受戒毒治疗?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2	是否有智能障碍、失明、聋或哑、其他中枢神经系统功能障碍? 是否有头颅面部或肢体(四肢、手指、足趾)缺损、畸形或功能障碍? 是否有脊柱或胸廓畸形?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3	目前是否患有或曾经患有或被怀疑有下列症状或下列疾病: 恶性肿瘤、冠心病、主动脉血管瘤、先天性心脏病、风湿性心脏病、心脏病、脑梗塞、脑出血、脑血管瘤、重症肌无力、多发性硬化、肝硬化、肾脏功能障碍、再生障碍性贫血、白血病、淋巴瘤、精神疾病、癫痫、艾滋病、HIV阳性、性传播疾病、酒精滥用成瘾。 妇女适用: 目前是否怀孕? 若“是”,已怀孕____周?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4	是否正拟前往其他国家或地区?若“是”,请在说明栏中告知拟前往的国家或地区名称、拟居住时间及前往原因。
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5	是否参加潜水、滑水、滑翔翼、蹦极跳、跳伞、攀岩运动、探险活动、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、马术、拳击的运动或特技表演、赛马、各种车辆表演、车辆竞赛或练习、驾驶卡丁车及其他上述未提及的高风险活动?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6	是否投保其他保险公司的医疗、意外、或人寿产品时未被承保、附加条件承保或被其他公司拒绝理赔?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7	投保人: 每年的固定收入____万元; 被保险人: 每年的固定收入____万元
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8	

说明栏

### 保险方案栏

	基本型	超值型
投保方案 (基本型/超值型限选一项)	<input type="checkbox"/> 方案一 <input type="checkbox"/> 方案二 <input type="checkbox"/> 方案三	<input type="checkbox"/> 方案一 <input type="checkbox"/> 方案二 <input type="checkbox"/> 方案三
附加方案	<input type="checkbox"/> 方案一	<input type="checkbox"/> 方案二 <input type="checkbox"/> 方案三

### 合计保险费

(大写) 万 仟 佰 拾 元 角 分 (小写) ¥ 元

### 保险费支付方式

银行自动转账  现金  支票  POS刷卡

保险期满后是否自动续保选择  是  否

注:投保以上保障组合时,核保人员审核后决定是否需要被保险人填写财务问卷和/或提供书面财务资料。

### 保险费银行自动转账授权

人民币开户银行:

投保人账号:

1、投保人以真实姓名开立结算账户,并授权苏黎世保险公司北京分公司从该账户中划扣所需交付的应收保险费。

2、投保人保证在贵公司规定的保险费缴费期内,将足以支付保险费的款项存于该账户内。因投保人提供错误结算账户,账户金额不足或账户挂失、冻结、销户等原因造成转账不成功的,由此引起的相应责任由投保人承担。

3、投保人在本投保单上的签名及签署日期视为本授权声明的签名及生效日期。

### 投保人与被保险人声明和授权

1.本人同意苏黎世保险公司北京分公司保留是否接受本人的投保申请(即是否承保)的权利,并且明白在苏黎世保险公司北京分公司同意承保,并收到本人交纳的保险费的次日零时起,本合同生效,保险期限1年。

2.本人同意此投保单为本人与苏黎世保险公司北京分公司订立保险合同的根据。本人特此声明投保单内所填报之资料,据本人所知并确定全部真实且正确无误。

3.本人现声明并谨代表本人及任何有权或声称有权就本投保单要求保险赔偿的人士,商号或公司同意下列声明:贵公司可保留、使用或披露贵公司所收集或保留之任何有关本人的个人资料(在此投保单所载或从其他途径取得),给予与贵公司有关的人士/机构或任何被选定的机构(在中国境内或境外的,包括再保险及公估公司,及有关的工业协会/联合会),用作处理与本产品及其他财务产品及服务有关的申请及提供其随后的服务,直接促销及资料核对等用途,及因此等用途与本人联络。

4.本人授权贵公司向任何医疗机构、保险公司或其他任何组织或个人就有关本保险合同事宜,查询或索取与投保人或被保险人相关的资料或证明文件。

5.本人现声明,苏黎世保险公司北京分公司已经向我明确说明保险责任、全部责任免除条款、保险合同解除条款;本合同中所有责任免除条款均具有法律效力。

投保人签名: 被保险人签名:

日期: 日期:

### 保险公司/经办人填写

被保险人职业代码 销售人员CIA代码  
渠道名称 经办人 核保人



### 公司简介

苏黎世金融服务集团是一家以保险为主业的金融服务机构,分支和服务网络遍及全球,包括北美、欧洲、亚洲、南美等地区。

苏黎世金融服务集团创建于1872年,总部位于瑞士苏黎世,在全球雇有60000名员工,所服务的客户遍布世界上170多个国家和地区。

苏黎世金融服务集团是财富杂志(Fortune)全球500强企业中考排名前100位的企业。2007年全球业务收入474亿美元。

### 苏黎世中国

北京  
中国北京市朝阳区东三环北路霞光里18号佳程大厦A座21层(邮编:100027)  
电话:(86)10 8454 7799 传真:(86)10 8454 7766  
中国北京市朝阳区酒仙桥路10号恒通商务园B10楼2层(邮编:100016)  
电话:(86)10 8439 8088 传真:(86)10 8439 8300  
网址: www.zurich.com.cn

Because change happenz™  
以先见 应万变

ZURICH  
苏黎世保险

ZURICH  
苏黎世保险

## 苏黎世人身意外伤害保险 【百万人生】计划

