

常青树家庭意外伤害保险投保单

请以正楷字体完整填写投保单各项内容，如有涂改，请于涂改处签名确认。

投保人姓名：	出生日期	年	月	日	身份证号码：
联系地址：					邮编：
联系电话：	电子邮件：			与被保险人关系：	
被保险人一： <input type="checkbox"/> 同投保人	出生日期	年	月	日	身份证号码：
职业：	工作单位：				性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
被保险人二：	出生日期	年	月	日	身份证号码：
职业：	工作单位：				性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
被保险人三：	出生日期	年	月	日	身份证号码：
职业：	工作单位：				性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
投保计划（保费）	<input type="checkbox"/> 计划A：___元 <input type="checkbox"/> 计划B：___元 <input type="checkbox"/> 计划C：___元 <input type="checkbox"/> 计划D：___元 <input type="checkbox"/> 计划E：___元 <input type="checkbox"/> 计划H：___元				

身故保险金 受益人	指定受益人姓名	指定受益人身份证号码	与被保险人关系	分配比例 %	若身故受益人资料空白，则身故保险金受益人默认为法定；若未填写受益份额，身故保险金受益人按照相等份额享有身故保险金。

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	计划 H
意外身故及伤残	100,000	300,000	500,000	200,000	400,000	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	400,000	800,000	1,000,000
公共交通工具（民航客机除外）意外身故及伤残	100,000	300,000	500,000	200,000	400,000	500,000
自驾车意外身故及伤残	100,000	300,000	500,000	200,000	400,000	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	10,000	20,000	50,000
意外每日住院补贴（普通病房）	100/天	300/天	500/天	200/天	400/天	500/天
意外每日住院补贴（重症监护病房）	200/天	600/天	1,000/天	400/天	800/天	1,000/天

投保须知：

- 本保障的被保险人为身体健康、能正常工作或正常生活的自然人。
- 被保险人职业必须为 1-3 类职业，详细请参见史带财险职业分类表。
- 投保人的可保年龄为 18 周岁至 65 周岁。计划 A/B/C/D/E 的被保险人可保年龄为 6 个月至 65 周岁，计划 H 的被保险人可保年龄为 22 周岁至 60 周岁的在职员工。
- 6 个月至 9 周岁的未成年人“意外身故及伤残保险金”的累计保险金额不得超过人民币 20 万元；10 至 17 周岁的未成年人“意外身故及伤残保险金”的累计保险金额不得超过人民币 50 万元。若 6 个月至 17 周岁的未成年被保险人的保险金额超过上述规定，则以上规定的保险金额为限。“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。
- 本保险产品由史带财产保险股份有限公司承保，目前在北京、上海、江苏、浙江、宁波、安徽、青岛、福建、苏州、广东、重庆设有分支机构。
- 被保险人因同一意外事由入住普通病房的给付天数不超过 100 天，其中入住重症监护病房给付天数不超过 30 天。
- 本计划不承保在北京昌平区任一医院发生的治疗。请注意：北京昌平区所有医院的就医均不予理赔。
- 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）的中国籍人员。
- 对于投保计划 C 的被保险人，其月固定收入不得低于 8000 元人民币，投保计划 H 的被保险人，其月固定收入不得低于 1.2 万元人民币。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。
- 每个被保险人限购一份，多投无效，不同计划重复购买的无效。若被保险人在保单有效期内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），且在不同保险产品或同一产品的不同计划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，并退还其他保险或计划项下已收取的相应保障或保险利益的保险费。

投保人及被保险人声明

- 本人兹申请史带财产保险股份有限公司（以下简称“贵公司”）的《史带个人意外伤害保险条款（2014）版》及其附加条款，并声明以上陈述及各项细节属真实无讹，且没有隐瞒任何重大事实以影响贵公司评估风险或接受本投保申请。本人同意本投保单将会构成投保人与贵公司所签署的保险合同的依据。若未能披露与本保险相关之重大事实将可能导致贵公司不承担任何保险责任。保险合同生效日期以保险单所载生效日期为准，贵公司承担保险责任须以投保人缴付约定保险费并经贵公司同意承保为前提。
- 本人现获悉及保证：被保险人绝不会违反医生的劝告及旅行目的不在于治疗疾病。被保险人现在身体健康并无任何不适宜旅行的精神状态或身体状况，且对任何可能导致旅行取消或中断的状况并不知晓。
- 本人同意贵公司为本保险的目的收集本人的个人资料（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）处理及审核本投保单或其他保险事宜（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，本人同意并授权贵公司可将个人信息及保单信息提供给当地保险行业协会的保险信息平台以做合理利用。
- 本人同意贵公司通过本人提供的手机号码免费提供投保短信提示（限北京地区投保）。
- 本人确认：本人已经认真阅读保险合同所载明的约定，尤其是免除保险人责任的约定，并对贵公司就保险合同的内容说明和提示完全理解，没有异议，申请投保。本人知晓所有保险责任均以本保险合同所载为准。
- 本人明白：于订立本保险合同同时或因履行本保险合同发生争议时，本人可与贵公司协商选择以诉讼或仲裁的方式，解决因履行保险合同发生的争议。

保险人将自主根据续保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，按当时本公司核定的费率计算；若有调整，保险人将书面通知投保人。

本人在此声明并同意上述续保规定，若保险公司做出续保决定且本人无异议，则同意续保。

投保人签名：_____ 被保险人签名：_____ 监护人签名：_____ 申请日期：_____

【以下由代理人/经纪人公司及保险公司填写】

代理人/经纪人公司填写专用栏				史带保险公司专用栏			
单位		业务员签名		渠道经理		出单人员	
备注		日期		保单号码		出单时间	
公司发票	名称：			备注			