



中国人民人寿保险股份有限公司团体保险投保单

202501

投保提示

- 1. 本投保单是订立保险合同的重要组成部分，在填写投保单之前，请您认真阅读所投保险种的保险条款，在充分理解条款的保险责任、保险责任的减轻或者免除、保险责任等待期、保险合同犹豫期以及投保人相关权利义务、是否提供保证续保以及续保有效时间、免赔额、免赔率、比例赔付、解除或中止合同等部分或全部免除或限制保险人责任的条款、保险金的申领、理赔程序以及理赔文件要求、组合式健康保险产品各产品的保险期间、合同解除、约定医疗机构的名单或者资质要求等内容后，再做出投保决定。
- 2. 如果投保的健康保险产品保险期间超过一年或者保险期间虽不超过一年但含有保证续保条款，则该保险产品一般规定有犹豫期。在犹豫期内退保，您可以收回全部已缴纳保费。
- 3. 请在投保时关注所选择的健康保险产品是否含有保证续保条款，如果含保证续保条款，请特别关注保证续保条款约定的生效时间以及续保期间的保险责任和责任免除范围。
- 4. 如果投保的是费用补偿型医疗保险，请告知被保险人是否拥有公费医疗、基本医疗保险和其他费用补偿型医疗保险的情况。若被保险人可以从其他途径（包括社会医疗保险机构、工作单位、含本公司在内的任何商业保险机构等）取得补偿，本公司仅对不能从其他途径获得补偿的部分按本合同的约定承担给付保险金的责任。
- 5. 如果投保的医疗保险产品中约定以被保险人在指定医疗服务机构网络中进行医疗为给付保险金的条件，请您关注保险合同、我们的公告或其他形式的通知中所列明的指定医疗服务机构。
- 6. 投保人应全面理解购买的产品，选择适合的保险金额和保险期间。投保人应根据自身财务状况，选择适合的交费期间和交费金额。
- 7. 根据《中华人民共和国保险法》规定，我公司对投保人及被保险人的有关情况有权进行询问，请如实告知；如故意或因重大过失未如实告知，我公司有权解除保险合同，并对于保险合同解除前发生的保险事故不承担保险责任。所有告知事项均以书面为准，口头告知无效。
- 8. 保险合同成立、我公司收取首期保险费并签发保险单为合同的生效条件，保险合同生效日期以保险单载明日期为准。
- 9. 如果选择现金支付保费，为保证您的资金安全，请到我公司分支机构营业网点柜面办理保费交纳，我公司业务员无权收取现金保费。
- 10. 本投保单所称中国税收居民是指：①在中国境内有住所，或者无住所而一个纳税年度内在中国境内居住累计满一百八十三天的个人，不包括中国香港、中国澳门和中国台湾地区的税收居民。如为非仅为中国税收居民，请投保人（团体中的自然人）、被保险人同时填写并提交《个人税收居民身份声明文件》。②依法在中国境内成立，或者依照外国（地区）法律成立但实际管理机构在中国境内的企业和其他组织。如为非仅为中国税收居民，请投保人（团体中的组织）同时填写并提交《机构税收居民身份声明文件》。税收居民身份信息发生变更时，将在 30 日内通知金融机构，否则本人承担由此造成的不利后果。
- 11. 本投保单所称消极非金融机构是指：①上一公历年度内，股息、利息、租金、特许权使用费（由贸易或者其他实质经营活动产生的租金和特许权使用费除外）以及据以产生前述收入的金融资产转让收入占总收入比重 50%以上的非金融+机构；②上一公历年度末拥有的可以产生上述收入的金融资产占总资产比重 50%以上的非金融机构，可依据经审计的财务报表进行确认；③税收居民国（地区）不实施金融账户涉税信息自动交换标准的投资机构。如为消极非金融机构，请投保人同时填写并提交《机构税收居民身份声明文件》。
- 12. 投保单由投保人在保险公司销售人员的指导下用黑色或蓝黑色墨水笔填写，内容要真实、准确，字迹要工整、清晰，不得涂改，并请投保人/法定代表人/授权代表在签名栏内亲笔签名。
- 13. 若发生保险事故，请投保人和被保险人及时通知我公司，按条款规定提供理赔所需的相关资料，并到我公司办理相关理赔手续。如需查询理赔流程与所需资料，请咨询我公司服务人员、致电全国统一客户服务电话或登录我公司网站查询。
- 14. 您可通过我公司官网（网址：www.picclife.com）“公开信息披露-专项信息-偿付能力-偿付能力日常披露”栏目查询我公司综合偿付能力充足率及风险综合评级（分类监管）评价结果。

一、投保人资料

投保人	北京市朝阳区卫生健康委员会										
联系地址	省(自治区、直辖市) 北京市 市 朝阳区 (县)						邮政编码	100020			
	镇(街道) 甜水园街道甲1号						仅为中国税收居民	☒ 是 ☐ 否			
证件类型	☒ 统一社会信用代码证 ☐ 营业执照 ☐ 社会团体法人证 ☐ 事业单位法人证 ☐ 身份证 ☐ 其他: _____										
证件号码	11110105000052P43R.					证件有效期限	2025 年 2 月 28 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日/□长期				
投保人类型	机构	客户类别	☒ 法人组织 ☐ 非法人组织 ☐ 个体工商户			行业类型	国家机关				
		单位性质	☒ 国家机关 ☐ 党政机关 ☐ 国有 ☐ 私有 ☐ 个体 ☐ ____ 事业单位 ☐ 社会团体 ☐ 其他: _____								
		企业组织形式	☐ 股份有限公司 ☐ 有限责任公司 ☐ ____ 独资企业 ☐ ____ 合伙企业 ☒ 其他: 国家机关								
		注册地址						注册资本			
		经营范围	朝阳区卫生健康工作.					消极非金融机构	☐ 是 ☒ 否		
								法定代表人/负责人	时青岗		
	联系人	姓名	孙彦			证件类型	☒ 身份证 ☐ 其他: _____				
		性别	☐ 男 ☒ 女			证件号码	110105197502150442				
		手机号码	13601306217			电子邮箱	_____@_____				
	个人	婚姻状况	☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 丧偶 ☐ 离婚			性别	☐ 男 ☐ 女		年龄		
手机号码					国籍			出生日期			
职业					个人平均年收入	万元		家庭平均年收入	万元		



* 0 0 0 1 5 0 2 8 2 1 9 7 0 6 5 *

投保一年 期以上险 种时填写	交费期间	☐ 交至某年龄（男性____周岁/女性____周岁） ☐ 交费年限（____年） ☐ 其它____		
	年金领取方式	☐ 一次性领取 ☐ 年领 ☐ 月领 ☐ 其它____		
	年金领取类型	☐ 定期养老年金 ☐ 普通终身养老年金 ☐ 保证给付10年终身养老年金 ☐ 其它____		
	公共账户金额	年金领取年龄	☐ 男____岁 ☐ 女____岁 ☐ 其它____	
	初始费用比例	红利处理方式	☐ 累积生息 ☐ 现金领取 ☐ 其它____	
	红利给付对象	☐ 投保人 ☐ 被保险人 ☐ 其它____ 公共账户和个人账户“单位交费部分”产生红利，选择以下方式		
☐ 按照红利来源分别记入公共账户和个人账户中单位交费部分 ☐ 全部记入公共账户 ☐ 其它____				

三、被保险人资料（详见所附被保险人清单）

被保险人总数	5028 人（被保险人投保名单： ☒ 电子文件 ☐ 书面文件 ☐ 不记名）	投保规模	人
主被保险人	5028 人（在职 0 人，退休 5028 人）	身故受益人 ☒ 法定继承人 ☐ 详见被保险人清单	
附带被保险人	0 人（单职工 0 人，双职工 0 人）		

四、特别约定（若有特别约定，请在下栏内注明；否则，请注明“无”）

保险合同中约定险种的条款和费率根据《中国保监会关于促进团体保险健康发展有关问题的通知》（保监发〔2015〕14号）进行变更。

五、基本告知

平均年龄：69	最高年龄：93	最低年龄：49	退休人数占比：100%	外籍人员人数：0
本次投保的保险金额或保险费分配依据： ☒ 平均 ☐ 年收入 ☐ 职位 ☐ 职业类别 ☐ 综合多种因素（请说明）：_____				
被保险人（包括附带被保险人）一年内是否需要前往中国大陆以外的地区或国家？（如果是请列出需要前往的地区或者国家） ☐ 是 ☒ 否				
过去三年是否曾投保商业保险（如果是请列出投保公司、险种、保费及赔付情况）：续保 ☒ 是 ☐ 否				

六、健康告知

(一) 请告知被保险人及附带被保险人以下各项：	
1. 请告知是否拥有公费医疗、基本医疗保险和其他费用补偿型医疗保险？	☒ 是 ☐ 否
2. 现在是否有患病住院者或接受治疗者？	☐ 是 ☒ 否
3. 现在或过去是否有患下列严重疾病者：心脏病、高血压、脑出血、脑中风、脑梗塞、癫痫、恶性肿瘤（含白血病）、慢性肝炎、肝硬化、尿毒症、糖尿病、精神疾病、器官移植、残疾、再生障碍性贫血、植物人等。	☐ 是 ☒ 否
4. 近一年内是否有因病不在工作岗位累计超过10天者？	☐ 是 ☒ 否
5. 是否有残疾人员参加本次投保？	☐ 是 ☒ 否
(二) 投保健康险（不含意外医疗），除以上告知外，请告知被保险人及附带被保险人过去5年内是否有以下疾病：	
6. 脑梗塞、脑出血、癫痫、精神分裂症或其它神经系统疾病和精神疾病 ☐ 是 ☒ 否	7. 高血压、冠心病、心律失常、心肌梗塞、心力衰竭或其它循环系统疾病 ☐ 是 ☒ 否
8. 慢性支气管炎、肺气肿、呼吸衰竭或其它呼吸系统疾病 ☐ 是 ☒ 否	9. 肝炎、肝硬化、胆石症、胰腺炎、消化性溃疡或其它消化系统疾病 ☐ 是 ☒ 否
10. 肾炎、尿毒症等慢性肾脏疾病、尿路结石或其它泌尿生殖系统疾病 ☐ 是 ☒ 否	11. 糖尿病、甲状腺机能亢进或低下或其它内分泌系统疾病 ☐ 是 ☒ 否
12. 白血病、再生障碍性贫血、淋巴瘤或其它血液系统疾病 ☐ 是 ☒ 否	13. 系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎、强直性脊柱炎或其它风湿性 疾病 ☐ 是 ☒ 否
14. 椎间盘突出症、骨关节病、骨髓炎或其它骨骼系统疾病 ☐ 是 ☒ 否	15. 白内障、青光眼、视网膜或视神经病变等疾病 ☐ 是 ☒ 否
16. 癌症、肿瘤（包括恶性肿瘤、原位癌、类癌、肉瘤、尚未证实为良性或恶性的肿瘤、息肉、囊肿、结节、赘生物、包块、肿块等） ☐ 是 ☒ 否	
17. 先天性疾病、职业病、酒精或药物滥用成癮 ☐ 是 ☒ 否	18. 乳腺疾病、子宫肌瘤、卵巢囊肿或其它妇科疾病 ☐ 是 ☒ 否
若上述2-18项告知为“是”，请被保险人或附带被保险人本人（未成年人由其监护人）填写《被保险人告知书（团险）》。	



* 0 0 0 1 5 0 2 8 2 1 9 7 0 6 5 *

七、特殊告知（若投保建筑工程保险，请告知以下内容）

1. 是否在施工现场为施工人员提供《中华人民共和国劳动法》、《中华人民共和国安全生产法》、《中华人民共和国建筑法》等法律法规要求的安全技术、安全防护措施和其他维护安全、防范风险、预防火灾等措施？	☐ 是 ☐ 否
2. 施工单位或者所承办的工程过去三年是否发生过死亡或伤残情况？（若“是”请告知人数） 疾病死亡_____人；疾病伤残_____人；意外死亡_____人；意外伤残_____人。	☐ 是 ☐ 否
3. 施工单位或者所承办的工程过去三年是否发生过安全生产事故？（若“是”请详述）	☐ 是 ☐ 否

八、备注栏

我单位此次投保和后续增加的被保险人均为朝阳区居民。

九、投保人及被保险人声明和授权

- 本人已收到中国人民人寿保险股份有限公司（以下简称“人保寿险”）提供的保险条款，销售人员已向本人说明保险合同内容，并就保险责任、责任免除条款（包括保险责任的减轻或者免除、保险责任等待期、保险合同犹豫期以及投保人相关权利义务、是否提供保证续保以及续保有效时间、免赔额、免赔率、比例赔付、解除或中止合同等部分或全部免除或限制保险人责任的条款）、投保提示、特别约定及相关释义、保险金的申领、理赔程序以及理赔文件要求、组合式健康保险产品中各产品的保险期间、约定医疗机构的名单或者资质要求等内容进行了单独说明和明确告知。本人已认真阅读上述条款、投保提示和特别约定及相关释义，并已经知晓了所有单独说明和明确告知部分的概念、内容及其法律后果。本人已经知晓其他任何人（包括营销员）对保险条款、投保单等内容做出的与之相违背或增减的口头说明及书面陈述均为无效，一切均以保险合同载明为准。
- 本人已了解如果同意接受人保寿险签发的保险单，则本人签署的任何文件均视为已认可人保寿险对投保单的附加和更改。
- 对于所投保的分红保险、万能保险和投资连结保险产品，本人已阅读保险条款和产品说明书，了解产品的特点和保单利益的不确定性。
- 本人同意人保寿险向任何机构、组织和个人就本人任何有关保险事宜、健康及其他情况索取、查询有关资料和证明，并授权人保寿险或任何与人保寿险业务有关的机构或个人用于：1）处理及审核投保单及其他保险事宜；2）提供与该保险有关的服务；3）与本人联络。此授权书的影印本也同样有效。
- 本人及被保险人已了解人保寿险对留存于人保寿险内本人全部健康、财务及其他个人资料将承担保密义务，除本声明第4条列明的情况外不作他用。本人授权人保寿险对本人进行所需的医疗评估和体格检查，并作为审核本投保申请的依据。
- ☒本人及被保险人授权人保寿险可以从第三方就保险服务事宜查询、收集与本人的必要账户信息、保单信息、身份信息、联系信息。
- ☒本人及被保险人同意将本人提供的、在接受人保寿险保险服务过程中产生的，以及人保寿险依法从第三方查询和收集的个人信息（包括本单证签署之前提供、查询、收集和产生的），用于人保寿险及其因保险服务必要而委托的第三方，向本人提供的手机号码发送保险服务短信提示。本人清楚知悉，人保寿险委托的第三方对上述个人信息依法承担保密和信息安全义务。
- ☒本人同意并授权：为提供保险服务的需要，人保寿险可将本人及被保险人的【姓名、证件类型、证件号码、投保、理赔信息】提供给中国银行股份有限公司保险信息技术管理有限公司（以下简称“中国银保信”），并同意中国银保信对上述信息以及本人及被保险人的【投保、承保、理赔、医疗健康】信息，进行收集并经过加工分析、合理使用后，传输给人保寿险用于保险风险评估。
注：中国银保信的上述处理行为对您接受人保寿险服务具有必要性，不会对您的个人权益造成非法侵害。中国银保信联系方式：privacy@cbit.com.cn。
以上个人信息接收方将在为实现处理目的所必要的最短时间内保存您的个人信息，《保险法》、《反洗钱法》等法律及有关行政法规另有规定的除外。以上授权自本单证签署时生效，如取消变更或授权，可在“中国人民人寿E服务”微信服务号的相应服务办理。您也可以通过在公司官网、APP、小程序、公众号等线上注册方式，详细了解隐私政策并行使有关个人信息主体权利。
- ☒本次投保内容及相关权益均已告知并经被保险人或其监护人同意，其受益人均由被保险人指定，本投保单填写的各项内容真实，如有隐瞒或不实告知，人保寿险可依法解除保险合同，并对保险合同解除前发生的保险事故不承担保险责任。
- ☒已查询了解我公司综合偿付能力充足率及风险综合评级（分类监管）评价结果。
- ☒销售人员已向本人展示并说明本次所投保产品的产品说明内容。
- ☒同意授权本投保单所填写的联系人代表我单位确认其余投保资料、下载保险合同、回执签收和接收保险批注单，联系人签字与我单位盖章申请及盖章确认同等的法律效力。

若投保分红、万能和投资连结保险产品，请在下栏内亲笔注明《投保人声明和授权》中第4条的内容：对于所投保的分红保险、万能保险和投资连结保险产品，本人

请投保人确认本投保单中所有内容真实、准确、完整，且已充分了解声明和授权后签名盖章。

投保人/法定代表人/授权代表签名：

投保人盖章：

投保日期：2026年8月10日

十、以下内容由保险公司填写

保险公司	销售渠道:互销直销	营业单位:朝阳区	代码:11010520000000000000
	人保寿险销售人员:李伟	代码:3211015462	其他销售人员:代码:
中介机构	机构名称:	代码:	经办人:代码:
业务类型	☐ 企业 ☒ 政府 ☐ 综拓 ☐ 渠道	☐ 统括 统括业务项目编号:	
承保协议	☐ 是 ☒ 否	法客协同项目编号:	
保费分割	☐ 是 ☒ 否	若选择为“是”时,需在“其它信息”栏详述业务分割类别及比例。	
其它信息:			