



中华联合财产保险股份有限公司

CHINA UNITED PROPERTY INSURANCE COMPANY LIMITED

团体意外伤害保险（A款）投保单

投保单号：A2601072650400740000000015

营业机构：中华联合财产保险股份有限公司吐鲁番分公司

销售渠道名称：杨勇

业务员姓名：古丽达乃·吾拉木江

业务员工号：6521020406

业务员联系电话：132****1028

客户投保须知

尊敬的投保人，感谢您选择中华联合财产保险股份有限公司！请您在投保前务必仔细阅读以下内容：

1. 本投保单为保险合同的重要组成部分，请认真阅读所投保产品的承保方案和保险条款内容，在确认已充分理解该投保产品的保险责任、责任免除、等待期、保险金申请、解除合约等条款后，再做出投保决定。

2. 请如实、完整填写投保单上的各项内容，包括但不限于投保人、被保险人、受益人等客户信息，健康告知等内容。填写完毕确认，须投保人、被保险人亲笔签名，否则，本保险合同无效。

3. 投保申请须经投保人支付保险费（分期缴费产品，则为第一期保险费）且保险公司审核同意承保后，保险合同才生效，保险合同生效日期以保险单载明的日期为准。如保险公司审核不同意承保，将无息全额退还暂收保险费，并收回有关单据。

4. 依据保险法的规定，投保人、被保险人必须如实告知。投保人故意不履行如实告知义务的，保险人有权依法解除保险合同，并对保险合同解除前发生的保险事故不承担保险责任。所有告知事项以书面告知为准，口头告知无效。

5. 父母为其未成年子女投保的人身保险，在被保险人成年之前，各保险合同约定的被保险人身故给付的保险金总和、被保险人身故时各保险公司实际给付的保险金总和，不得超过国务院保险监督管理机构规定的限额。

6. 保险公司最近季度综合偿付能力充足率、分类监管评级信息，请在保险公司网站：<http://property.cic.cn/payInfo/index.jhtml>中进行查看。

7. 如有任何疑问，请拨打全国统一服务热线：95585。

投保人信息

姓名/名称：霍尔果斯创喧能源科技有限 证件类型：营业执照
责任公司

证件号码：91654004MADPY6JM6W

性别：—

出生日期/证件有效
期（非自然人）：2024年07月16日起9999年
12月31日止

电子邮箱：—

联系人姓名：李倩

联系电话：181****6451

联系地址：新疆维吾尔自治区伊犁
哈萨克自治州霍尔果斯市新疆伊犁
哈萨克自治州霍尔果斯市神州路8号
新丝路（跨境）金融小镇B-1094 室

通讯地址：新疆维吾尔自治区伊犁哈萨克自治州霍尔果斯市新疆伊犁哈萨克自治州霍尔果斯市神州路8号新丝路（跨境）金融小镇B-1094 室

被保险人信息

被保险人共计6人，详见《被保险人及受益人清单》。

反洗钱信息（达到反洗钱规定的客户，请填写《客户身份信息识别表》）

职业信息

职业/工种：内勤人员

职业类别：1类

保险方案名称：团体意外伤害保险（A款）自定义方案

保障内容

保险责任	每人保险金额(元)	保险条款
意外伤害身故/伤残	300000.00	团体意外伤害保险（A款）
意外医疗	50000.00	附加意外伤害医疗保险条款

保险费合计：人民币（大写）：壹仟贰佰元 RMB：¥1200.00

保险期间：2026年03月05日00:00:00起至2027年03月04日23:59:59止

争议解决方式：诉讼

特别约定

1. 经双方协商同意，投保人、被保险人或者保险金受益人知道保险事故发生后，应当在24小时内通知保险人（24小时服务电话95585）。故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担给付保险金责任。

2. 被保险人的职业或工种变更之后，依照职业分类其危险程度增加而未依前项约定通知保险人而发生保险事故的，保险人按实收保险费与应收保险费的比例计算给付保险金。但被保险人职业或工种变更之后在本保险合同拒保范围内的，保险人不承担给付保险金责任。

3. 为确保客户权益得到充分保障，我司提供以下服务及纠纷解决渠道：① 全国统一服务专线：95585（24小时受理报案、咨询、投诉等业务）；② 总公司服务监督热线：010-83328484（24小时受理）；如您对投诉处理结果存在异议，可通过申请核查、调解、仲裁、诉讼等救济途径推动纠纷解决。

4. 本保单适用条款为《中华联合财产保险股份有限公司团体意外伤害保险(A款)》（注册号：C00001232312025092911863）、《附加意外伤害医疗保险条款》（备案号：-）（注册号：C00001232522019061210651）

5. 意外医疗在符合条款规定的范围内，每次事故免赔100元，按赔付比例80%赔付。

团体投保人告知事项

1. 人员情况：单位总人数_____人，投保总人数_____人

2. 社会基本医疗保险参保情况

已参保类型：☐ 城镇职工医疗保险 ☐ 城乡居民医疗保险 ☐ 其他：_____

参保比例：☐ 全员参加 ☐ 部分参加，参保人数/比例：_____

3. 既往承保理赔情况

上一年度是否购买意外伤害保险？ ☐ 是 ☐ 否

如购买，是否发生理赔？ ☐ 是 （如是，☐ 身故赔付 ☐ 医疗赔付 ☐ 两类均有） ☐ 否

团体被保险人告知事项

1. 有无在过去6个月内因患病不能全勤工作（劳动）或减轻劳动量或尚在住院中的人员？ 有 ☐ 无 ☐

2. 有无身体残障的人员？ 有 ☐ 无 ☐

3. 有无正在患有下列疾病的人员：恶性肿瘤、艾滋病患者或艾滋病毒携带者、高血压三级以上、帕金森综合征、阿尔兹海默病、精神病、严重心脏病（包括但不限于中、重度心力衰竭，或急性心肌梗塞、或心功能三、四级，或冠状动脉搭桥术）、尿毒症或肾功能衰竭、中慢性肝功能衰竭、肝硬化、脑卒中（包括但不限于中风、脑梗塞）、重大器官移植术或造血干细胞移植术？ 有 ☐ 无 ☐

4. 有无正处于妊娠期的人员？ 有 ☐ 无 ☐

5. 有无正在其他国家或海外地区旅行、工作或居住，并且持续时间超过三个月的人员？（如有，请说明具体国家/海外地区以及时间） 有 ☐ 无 ☐

若任一被保险人（连带被保险人）存在上述情况，请在“有□”打上√，并详述或填写下表，如无上述情况请在“无□”打上√，若空白则视作以上问题答案均为无。

以上部分如有答案为“有”者，请在此列明需要说明的事项：

客户声明

投保人兹声明如下：

1. 本投保人就已就保险事宜向全部被保险人进行了宣导和沟通，凡参与该保险的全部被保险人均了解保障内容且同意由本投保人统一办理投保事宜。

2. 本投保人（经办人）确认已阅读了所投保责任涉及的全部保险条款，且中华联合财产保险股份有限公司（以下简称“贵公司”）已向本投保人（经办人）详细介绍了条款的内容，特别就保险条款中免除保险人责任的内容，以及本投保单的“客户投保须知”、“特别约定”内容作出明确说明，本投保人（经办人）和被保险人对免除保险人责任的条款和“特别约定”的概念、内容及其法律后果，已完全理解，并同意投保。

3. 本投保单填写的各项内容均属真实，投保人故意不履行如实告知义务的，保险人有权依法解除保险合同，并对保险合同解除前发生的保险事故不承担保险责任。

4. 为便于贵公司提供优质的保险服务，本投保人已经取得全部被保险人授权，同意以本投保单或其影印件作为授权证明，授权贵公司在依据行业监管及为实现保险服务之需要而与其他机构进行合作的前提下对被保险人信息（包括姓名、证件类型、证件号码、证件有效期起止期限等）进行合理使用及信息共享；同时，授权贵公司可通过知悉被保险人信息的机构查询与被保险人有关的信息（包括但不限于投保、承保、理赔、医疗信息等）并进行合理的使用。贵公司及其他合作机构对被保险人个人信息承担保密义务。

投保人签名/签章：

投保日期：