



泰康人寿银行代理保险投保书

(2025年5月版)

银行代理保险专用

投保单号

本投保单是保险合同的重要组成部分,请投保人本人认真、准确填写,如存在填写困难,请书面授权销售人员代理填写。

我公司禁止从业人员销售非泰康的第三方理财产品。若我公司从业人员存在类似情况,请您及时向公司或公安机关等有关部门反映。提高防范意识,远离非法集资!

A. 投保人资料

渠道:

姓名:	性别: ☐ 男 ☐ 女	证件类型: ☐ 身份证 ☐ 护照 ☐ 其他()	国籍:	证件有效期: 自 年 月 日 至 年 月 日
出生日期: 年 月 日	投保人是被保险人的:	证件号码		
通讯地址(单位/学校/住所/经常居住地):			换证次数: (港澳居民来往内地通行证)	
省 市 区/县			职业:	
固定电话(含区号):		移动电话:	E-mail地址:	
年收入(投保人): 万元 年收入(家庭): 万元, 主要收入来源: ☐ 工薪 ☐ 私营 ☐ 证券投资 ☐ 其它(请说明):				
居民类型: ☐ 城镇 ☐ 农村	仅为中国税收居民: ☐ 是 ☐ 否 (中国税收居民:是指在中国境内有住所,或者无住所而在境内居住满一年的个人。在中国境内有住所是指因户籍、家庭、经济利益关系而在中国境内习惯性居住。在境内居住满一年,是指在一个纳税年度中在中国境内居住365日。临时离境的,不扣减日数。临时离境,是指在一个纳税年度中一次不超过30日或者多次累计不超过90日的离境。)			
身高: cm 体重: kg				

B. 被保险人资料(如与投保人为同一人,本栏可以免填)

姓名:	性别: ☐ 男 ☐ 女	证件类型: ☐ 身份证 ☐ 护照 ☐ 其他()	国籍:	证件有效期: 自 年 月 日 至 年 月 日
出生日期: 年 月 日	联系电话:	证件号码		
通讯地址(单位/学校/住所/经常居住地):			换证次数: (港澳居民来往内地通行证)	
省 市 区/县			职业:	
身高: cm 体重: kg	仅为中国税收居民: ☐ 是 ☐ 否 (中国税收居民:是指在中国境内有住所,或者无住所而在境内居住满一年的个人。在中国境内有住所是指因户籍、家庭、经济利益关系而在中国境内习惯性居住。在境内居住满一年,是指在一个纳税年度中在中国境内居住365日。临时离境的,不扣减日数。临时离境,是指在一个纳税年度中一次不超过30日或者多次累计不超过90日的离境。)			

C. 身故受益人资料(满期、残疾、烧伤、医疗、癌症保险金受益人限为被保险人本人;身故受益人为被保险人的配偶、子女、父母或与被保险人有扶养、赡养或者法定抚养关系的家庭其它成员)

姓名	性别	出生日期	证件类型	证件号码	证件有效期	手机	与被保险人关系	受益比例	受益顺序
					自 年 月 日 至 年 月 日				
					自 年 月 日 至 年 月 日				

D. 保险产品计划(请您根据自身的保障水平和财务实力等实际情况选择适合自己的保险产品、保险金额、保险期间,如您投保的产品需长期分期交纳保费,请您充分考虑是否有足够、稳定的财力长期支付保费。通常情况下保单生效日为我公司收到保险费的次日;双方有特殊约定的情况以保单载明日期为准。)

计划名称:					
险种名称	份数(大写)	保险期间	交费年期	基本保险金额/档次/日额	保险费(小写)
保险费合计(大写): 仟 佰 拾 万 仟 佰 拾 元 角 分 元					
首期保险费支付方式 ☐ 银行柜台交费(☐ 现金 ☐ 转账) ☐ 保险公司转账 交费方式: ☐ 一次性 ☐ 年交 ☐ 月交 ☐ 其他:					
红利、生存金领取方式(仅分红、万能型险种填写): ☐ 累积生息 ☐ 进入 项下的保单账户 ☐ 现金领取					
申请续保: ☐ 是 ☐ 否 (对条款中有保证续保约定的险种,若您申请续保,保险期间届满时,我们将按照条款规定以您自动申请续保进行处理;若您不申请续保,且未按照约定向我们提出继续投保该险种的申请,保险期间届满该险种效力终止。该选项不适用短期健康险,如您投保短期健康险,须在保险期间届满时对该险种进行重新投保。)					
注:登录泰康人寿官网(www.taikanglife.com),可在“公开信息披露-基本信息-产品信息”查询险种条款、产品说明书。					

E. 保险费交费账户信息

账户名(须与投保人账户存折上的姓名填写一致):	开户行:
账号	

银保通出单银行打印区	本人确认以下打印内容准确无误,并已收到保险合同(请确认保险合同中包含条款,如有缺失请向柜员索取)。
投保人签字: 年 月 日	
代理网点销售人员签名:	工号: 日期: 代理机构签章
保险公司客户经理签名:	工号: 日期: 代理网点代码

银行代理渠道首期使用

F. 投保告知（如保险条款中涉及对投保人承担保险责任事项，投保人在投保告知中必须填写。）

投保告知		投保人	被保险人
请如实告知下列内容，并在“是”或“否”的□中打“√”，如被保险人、投保人在投保告知中有告知选择为“是”者，请在备注栏中详细说明，交回本公司做进一步审核。		是	否
1、您目前的体格指数是否超过30或低于17（体格指数计算方法：体重（公斤）/身高（米）的平方）？若被保险人未成年，是否较同龄人有明显发育落后现象？		☐	☐
2、近期状况：最近一年内您是否有以下症状：反复头痛、晕厥、气急、胸痛、紫绀、反复不明原因发热或出血、不明原因皮下出血点、抽搐、语言功能丧失、进食及吞咽困难、呕吐、呕血、咯血、浮肿、腹水、肿块、结节、息肉、不明原因腹痛、黄疸、黑便、便血、血尿、蛋白尿、贫血、药品中毒、体重下降5公斤及以上（健身减重除外）、五官/胸廓/脊柱/四肢/手指/足趾缺失/畸形或功能障碍。		☐	☐
3、您目前及过往是否患有或怀疑患有以下疾病：良/恶性肿瘤、血液系统疾病、失聪、失明、眼底病变、高血压、冠心病、心脏病、心功能不全、心律失常、主/肺动脉疾病、先天性心脏病、颅脑疾病、脑血管疾病、糖尿病、甲状腺疾病、肾上腺疾病、乳腺疾病、肝炎、肝硬化、肝功能衰竭、胰腺疾病、消化道溃疡、萎缩性胃炎、慢性肠炎/结肠炎、克罗恩病、胃/肠息肉、肠梗阻、胆管/胆管疾病、肾脏/输尿管/膀胱疾病、痛风、肾功能衰竭、慢性阻塞性肺病、肺结节、支气管扩张、哮喘、肺心病、风湿/类风湿疾病、红斑狼疮、重症肌无力、多发性硬化、骨髓炎、阿尔茨海默病、帕金森病、结核病、癫痫、精神疾病、智力障碍、职业病（尘肺、矽肺、慢性中毒）、酒精中毒、痴呆、艾滋病或艾滋病病毒携带。		☐	☐
4、最近2年内，您是否被建议住院或手术治疗，是否存在体检结果异常，是否被建议进一步诊治？		☐	☐
5、您是否在等待检查诊断结果？如正在等待检查诊断结果，需收到检查诊断结果后才能投保。		☐	☐
6、您是否吸烟≥10支/日？是否饮酒≥30个单位/周（每1个饮酒单位相当于1杯（300ml）啤酒或半杯（150ml）葡萄酒或45ml白酒）？		☐	☐
7、您是否被保险公司解除合同或投保、复效时被拒保、延期、加费、附加条件承保？是否有过任何形式的人身索赔？		☐	☐
8、您目前是否已经购买或正在申请本公司或其他保险公司的人身保险（不含本次申请），保期_____（若是，请同时在备注栏详述保险险种等）。		☐	☐
9、是否有参加以下危险运动或嗜好：飞行、潜水、潜水、漂流、跳伞、武术、拳击、赛车、蹦极、滑雪、特技表演。		☐	☐
10、妇女补充告知：您目前是否存在阴道不规则出血或接触性出血、乳房结节/肿块或包块、白带异常、乳房皮肤凹陷、乳头异常溢液症状？是否患有或曾患有或曾患卵巢综合、宫颈上皮内瘤变、卵巢囊肿、畸胎瘤（确诊为良性的除外）？		☐	☐
11、少儿补充告知（年龄≤2周岁填写）：是否早产、难产、过期产、出生体重≤2.5公斤？是否有窒息或缺氧史？是否有先天性疾病、遗传性疾病或畸形、发育迟缓、脑瘫？		☐	☐
12、您的直系亲属（父母和兄弟姐妹）中是否存在白血病、家族性结肠息肉、多囊肾、遗传性疾病或以下情况：2个以上的直系亲属在60岁前被诊断患有恶性肿瘤？		☐	☐
13、投保医疗险时请填写如下补充告知： A、您目前及未来一年是否计划前往中国境外（含港澳台）长期居住、工作、旅行、学习？若选是请详细说明。 B、您目前及过往是否患有或怀疑患有以下疾病：原位癌、类癌、癌前病变（如不典型增生/异型增生）、白血病、淋巴瘤、多发性骨髓瘤、交界性肿瘤、不明性质的肿块/肿物/息肉/结节/包块/占位/囊肿、不明原因淋巴结肿大3个月以上、先天性疾病、冠状动脉狭窄、糖耐量异常、心肌梗死、心脏瓣膜病、贫血、慢性胃炎、溃疡性结肠炎、痔疮、肛周疾病、下肢静脉曲张、肺结节、慢性支气管炎、哮喘、尿毒症、前列腺癌、前列腺肥大、椎间盘突出、颈椎病、骨关节炎、软骨疾病、强直性脊柱炎、重症肌无力、神经官能性疾病、视力或听力障碍、青光眼、白内障、中耳炎、美尼尔氏病、角膜移植史、器官移植、梅毒、滥用药物史？ C、您过去2年内是否发现健康检查结果异常（包括血液、尿液、粪便、心电图、肺功能、超声、影像、内镜、组织或病理学检查、骨髓穿刺）或长期服药（有规律的服药超过1个月）；过去2年内是否住院？医生是否对您提出进一步复查、治疗或手术建议？ D、妇女补充告知：您目前是否在妊娠过程中？是否有乳腺囊肿/结节、卵巢囊肿、葡萄胎、宫外孕、子宫内腺肌症、子宫肌瘤、宫颈炎、阴道炎、盆腔炎、月经失调、乳头异常溢液、疼痛、糜烂或回缩、乳房表面皮肤凹陷、皱缩或皮肤收缩症状？		A ☐ B ☐ C ☐ D ☐	☐

G. 备注

H. 投保人、被保险人声明及授权

一、投保人（以下简称“本人”）已认真阅读并完全同意以上所有内容。

二、本人已理解“泰康人寿”是指泰康人寿保险有限责任公司（以下简称：公司或泰康人寿）。

三、公司提供的投保保险条款，尤其是保险责任以及责任免除条款本人均已阅读并了解。

四、本投保单中所填写各项内容均属实，若因故意或重大过失未履行如实告知义务，你公司有权解除保险合同，对于合同解除前发生的保险事故，你公司可不承担责任。

五、为服务于本投保单及本投保单有关的核保审核、理赔服务需要，本人授权你公司及你公司授权的机构可以从任何组织（包括你公司授权合作机构的合作方）、单位、电话运营商、个人（包括但不限于：公安部门、司法机关、司法鉴定中心、国家金融监督管理总局及其下设机构、人社相关机构、社会医疗保险机构、医疗机构、商业保险机构等）就保险事宜查询、索取与本人相关的身份信息、资料及证明，并有权对被保险人进行医疗评估及测试（指医疗检查）和财务评估，本人对授权前述组织、单位、电话运营商、个人向你公司提供与本人相关的资料和证明，你公司对个人资料承担保密义务。

六、本人同意你公司通过电话、手机、E-mail等方式适时提供保险信息服务。

七、本人已理解泰康人寿基于落实保险监管机构及其他相关政府机构对客户信息完整性、真实性工作要求，以及更好提供保险相关服务的目的，将处理本人的个人信息，在法律法规的要求范围内向保险监管机构及其他相关政府机构、及与泰康人寿所提供服务的合作机构共享本人的个人信息，范围包括本人提供给泰康人寿的个人信息、本人享受泰康人寿服务产生的信息（包含本单证签署之前提供和产生的信息）以及泰康人寿为实现上述目的，根据本条款约定向合法取得本人授权的第三方查询、收集的本人个人信息，且仅共为实现目的所必须范围内的个人信息（包括但不限于：姓名、性别、国籍、身份证件种类号码和有效期限、通信地址、电话号码、电子邮箱地址、人脸及声音信息、职业、教育程度、工作单位、婚姻及家庭状况、涉税信息、家庭财产信息、金融账户信息、社保信息、既往病史、医疗信息、体检信息、保单信息、与被保险人的关系、投保理赔记录等）；本人理解并认可对上述信息的处理与泰康人寿实现上述信息处理目的的密切相关。泰康人寿及其合作机构对本人个人信息负有保密义务，应采取必要措施保证本人的个人信息安全。基于上述理解，本人授权泰康人寿基于上述目的、按照上述的方式和规则，收集、使用本人上述个人信息。

八、本人承诺向泰康人寿提供的个人信息真实性和准确性，授权泰康人寿向合作机构对本人个人信息真实性和准确性进行核验，并承担因个人提供信息不真实、不准确造成的一切责任。本条款自本单证签署时生效，具有独立法律效力，不受合同成立与否及效力状态变化的影响。

九、本人同意贵司向国家金融监督管理总局直接管理的中国银行保险信息技术管理有限公司（简称“中国银保信”）报送本人的全部保单信息和理赔信息，并通过医疗机构、中国银保信及知悉本人信息的其他机构查询、获取与本人有关的承保、理赔、医疗等信息。贵司及中国银保信基于为本人或保险公司提供服务的需要可对上述信息进行必要的使用及与相关机构进行信息共享，但均应严格履行保密义务。

十、我们（投保人、被保险人）确认本次投保申请中登记的投保人与被保险人关系、被保险人与受益人关系属实，并在投保单签字确认，如有不实我们承担因此带来的后果。

十一、本人声明投保被保险人及受益人本次使用的证件与以往在公司办理业务时使用的证件类型、号码一致，如果不一致应先办理柜面或电子保全变更，否则承担因此带来的后果。

十二、本人授权你公司委托本人开户银行对本投保单中指定账户按照保险合同合同约定的方式、金额、划转首期、续期保险费以及以转账方式将保险金、退保金、退费等等付入指定账户，若本人指定账户发生变更，及时联系贵司办理变更手续，账户余额不足造成转账不成功，致使保险合同不能成立或不能持续有效，因此引起的责任概由投保人承担。

十三、本人认可，针对本人在本投保单中提供的个人信息，以及基于本信息授权书所述而索取与本人相关的资料和证明，如涉及你公司审核本投保单及本投保单有关理赔申请之目的，你公司应在与本人的保险服务合同到期10年后针对相关资料进行删除或脱敏处理；保险服务到期后10年内，本人或相关权利人有权查阅或查询相关资料。

十四、对于因上述目的而委托第三方处理个人信息的情况，你公司应在对应合作协议中写明约定委托处理的目的、期限、处理方式、个人信息的种类、保护措施以及双方的权利和义务等，并对受托人的个人信息处理活动进行监督。

十五、本人同意你公司所负保险责任以所签发保单为准，一切与本投保单及保险条款相违背的说明或解释（包括公司销售人员以及其他人员的承诺）均属无效。

如投保人本人存在填写困难，请打印确认以下授权内容：
☐ 本人授权销售代理人填写投保单（签名及风险提示抄写除外），并确认填写内容真实有效。
 本人已阅读《泰康人寿合作机构名单》，确认依据H项内容向名单中机构进行授权。
 本人已如实填写《保险需求分析及风险承受能力测评表》，了解分红保险的分红收益、万能保险保证利率之上的收益与投资连结保险投资账户收益并不确定。请您详细阅读投保提示书第五条。若您投保以上类型险种，请投保人亲笔抄写如下文字：
 本人已阅读保险条款、产品说明和投保提示书，了解本产品的特点和保单利益的不确定性。

投保人签字：_____ 被保险人签字（若非投保人）：_____ 未成年被保险人的父亲或母亲签字：_____

投保日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

客户信息采集及投保说明：请您真实、完整、准确填写投保人、被保险人、受益人姓名等信息。以上信息将用于计算保费、核保、寄送保单和电话回访等用途，如不真实完整可能影响保费计算、保单递送，同时可能导致无法进行电话回访，不能及时与您确认您的投保信息及保单权益。我公司承诺未经您的同意，不会将上述信息用于我公司及第三方机构的销售活动。同时提醒您，如您的联系电话/联系地址等信息发生变更，请及时办理更正手续。

泰康人寿官网: www.taikanglife.com

泰康人寿合作机构

中国银行保险信息技术管理有限公司, 联系方式: privacy@cbit.com.cn

中保科联技术有限责任公司, 联系方式: healthinsurance.zbkl@shie.com.cn

四川省保险行业协会, 联系方式: 028-86756626

北京嘉和海森健康科技有限公司, 联系方式: app.hessianhealth.com/index.html

北方健康医疗大数据科技有限公司, 联系方式: www.cnhealth.com

易联众信息技术股份有限公司, 联系方式: YLZ@ylzinfo.com

重庆海盛保信信息科技有限公司, 联系方式: 1493159678@qq.com

乐约信息服务(深圳)有限公司, 联系方式: leyue@leyue100.com

中国联合网络通信有限公司大连市分公司, 联系方式: 18641111980

湖南骏飞环保科技有限公司, 联系方式: 18163621528

杭州泰福云健康科技有限公司上海分公司, 联系方式: 13552290256

上海商涌科技有限公司, 联系方式: 021-68582972

北京一峰科技有限公司, 联系方式: 010-85630976

福建博思软件股份有限公司, 联系方式: 0591-87664001

易慧里(山东)科技有限公司, 联系方式: 13127128877

中国人寿再保险有限责任公司, 联系方式: 010-66576372

法国再保险公司北京分公司, 联系方式: 010-57068700

慕尼黑再保险公司北京分公司, 联系方式: 010-85919999

美国再保险公司上海分公司, 联系方式: 021-20670666

人保再保险股份有限公司, 联系方式: 010-69008848

汉诺威再保险股份有限公司上海分公司, 联系方式: 021-20358999

前海再保险股份有限公司, 联系方式: 0755-88980900

德国通用再保险股份有限公司上海分公司, 联系方式: 021-61006300

瑞士再保险股份有限公司北京分公司, 联系方式: 010-65638888

上海保险交易所股份有限公司, 联系方式: 021-20708974

中保科联技术有限责任公司, 联系方式: 021-20708926

泰康人寿保险有限责任公司保险需求分析及风险承受能力测评表

填写说明：如您已填写银行提供的需求分析及风险承受能力测评表，则本测评表可免填。

尊敬的客户：

非常感谢您对泰康人寿保险产品的关注。当您在银行购买保险产品时，为了帮助您更好地了解自己的需求和风险承受能力，便于据此为您提供更准确的保险服务及产品推介，请您回答如下问题：

一、需求分析：

- 1、您的保费预算是_____万元
- 2、您目前拥有的保障情况如何？
A. 无任何保障
B. 仅有社保
C. 无社保，有商业保险保障
D. 有社保及部分商业保险保障
- 3、您的投保目的？
A. 保险保障
B. 保障为主、投资为辅
C. 投资为主、保障为辅
D. 闲散资金存储
- 4、您认可的资金放在我公司的最长年限是_____年。

二、风险承受能力测评：

- 1、您的年龄是在55岁及以下吗？ (是 否)
- 2、您目前是否拥有基本生活保障（工资、退休金、养老金、社保、保险保障、房屋租赁及其他收入）？ (是 否)
- 3、您每月生活支出占收入比例小于60%吗？ (是 否)
- 4、您可承受投资收益的波动吗？ (是 否)
- 5、您有进行投资理财的经验吗？ (是 否)

风险承受能力测评结果：☐较强 ☐中 ☐较弱

注：风险承受能力测评中有4项及以上为“是”则风险承受能力为“较强”，有3项为“是”则风险承受能力为“中”，低于三项为“较弱”。

保单利益不确定产品投保声明及确认书

填写说明：如果您投保的是分红、万能、投连等保单利益不确定的产品时填写。

请您阅读并根据实际情况回答以下4个问题，如您选择为“是”的项目为1项（含）以上是，请您阅读以下投保声明，并签字确认：

- 1、交费方式为“一次性”时，保险费超过投保人家庭年收入的4倍 ☐是 ☐否
- 2、交费方式为“年交”时，每期所交保险超过投保人家庭年收入的20% ☐是 ☐否
- 3、交费年期与投保人年龄数字之和达到或超过60 ☐是 ☐否
- 4、保险费额度大于或等于投保人保费预算的150% ☐是 ☐否

投保声明

本人在投保时已了解本产品特点，包括分红险的分红、万能险最低保证利率之上的投资收益以及投资连结保险的投资回报是不确定的，并自愿承担保单利益不确定的风险。



投保单号：

泰康人寿银行代理 保险投保书

投保须知：

- 一、本投保书共3页，若发现缺页请勿使用。
- 二、本投保书包含以下资料：
 - (1)需求分析及风险承受能力测评表
 - (2)泰康人寿合作机构名单
 - (3)泰康人寿银行代理保险投保单
- 三、为了保护您的权益，请您认真阅读本投保书内容，并在投保单上亲笔签名。
- 四、请确认您在投保书中的所有签名、陈述和告知均属实。
- 五、请确认您收到的保险合同中包含所投保产品的完整条款。
- 六、所有保险责任以保险合同所载为准，除经我公司正式程序修改或者批注的内容外，其他任何口头及书面陈述、报告或合约，均无效。

24小时客户服务电话：95522

泰康人寿官网：www.taikanglife.com

2025年5月版