



* 1209233190018619 *



销售机构号码:315600

销售渠道:业务员

代理机构名称:

代理机构号码:

销售人员姓名:张樱

销售人员代码:70415212

团体保险投保单

投保人客户号:55800267

投保提示:

- 请您在仔细阅读保险条款,充分理解保险责任、责任免除、解除合同等规定,权衡保险需求后作出投保决定,填写投保单。
- 投保资料(包括投保单、被保险人清单等相关资料)为保险合同的重要组成部分,填写内容必须真实、准确。若有不明事项请向销售人员或我公司咨询(客户服务专线:95519)。
- 根据《中华人民共和国保险法》规定,我公司有权就投保人、被保险人的有关情况询问,您应如实告知,如您未如实告知,我公司有权在法定期限内解除保险合同,并依法决定是否对合同解除前发生的保险事故承担保险责任。
- 一切与本投保单各项内容及保险条款相违背或增减的销售人员说明及解释均属无效,一切告知均以书面为准。
- 生效日期以保险单载明日期为准,此前我公司不承担保险责任。
- 投保人交费且保单生效后,公司将开具电子发票,投保人可以通过公司电子发票查询网站(dzfp.e-chinalife.com)、我公司官网(www.e-chinalife.com)或“中国人寿寿险”APP查询并下载电子发票。
- 请您详细了解我公司官网(www.e-chinalife.com)以及重要告知与声明等地方披露的最近季度的偿付能力充足率、风险综合评级信息是否达到了监管要求,该信息可以作为您决定是否投保的参考信息。
- 您可登录我公司官网(www.e-chinalife.com)查询下载电子保单,电子保单与纸质保单具有同等法律效力。
- 根据现行法律法规的规定,为保护您的个人信息权益及安全,请您下载“中国人寿寿险”APP或登录我公司官网(www.e-chinalife.com)仔细阅读并同意《用户信息授权及个人信息保护政策》及《儿童个人信息保护规则》。
- 您可登录我公司官网(www.e-chinalife.com)查询保险条款。

一、投保人资料

单位/团体名称	上海思博职业技术学院有限公司			行业类别	普通高等教育
证件类型	营业执照	证件号码	91310115MA1HB3854P	传真	
通讯地址	上海市浦东新区惠南镇城南路1408号1-4幢、6幢			邮政编码	201399
成员总数	2570 人	在职人数	2570 人	投保人数	2570 人
职业类别		联系人姓名	睦灵钰	联系人手机	15201997801
联系人证件类型	身份证	联系人证件号码	340304199403280424	联系人证件有效期	
联系人电子邮件		联系人固定电话			

二、被保险人资料(详见所附被保险人清单)。

被保险人总数	2570 人
--------	--------

三、受益人资料

- 除本合同另有约定外,身故保险金以外的其他保险金受益人为被保险人本人。
- 身故保险金的受益人由被保险人或投保人指定(详见所附被保险人清单)。
- 投保人在指定或变更身故保险金受益人时需经被保险人书面同意。投保人为与其有劳动关系的劳动者投保人身保险,不得指定被保险人及其近亲属以外的人为受益人。
- 若投保人未填写身故保险金受益人信息的,我公司将依据《中华人民共和国保险法》第42条规定履行给付保险金的义务。

四、要约内容(被保险人详细要约信息见所附被保险人清单)

险种名称	总保险金额(元)	总保险费(元)	被保险人人数(人)	解约手续费	保险期间	缴费期间
国寿新绿洲团体意外伤害保险(A款)	179900000.00	3855.00	2570		4-月	4-月
国寿附加绿洲住院定额给付团体医疗保险	9252000.00	1542.00	2570			
国寿附加综合团体医疗保险	771000000.00	2313.00	2570			
保险费合计	(大写)柒仟柒佰壹拾元整 (小写)7710.00			币种	√ 人民币 □ 其他	
保单性质	√ 新单投保 □ 续保保单		指定生效日	√ 指定为 2023年09月01日 □ 不指定		
交费方式	√ 一次性交清/趸交 □ 年交 □ 半年交 □ 季交 □ 月交 □ 不定期 □ 其他					
交费形式	□ 银行转账 □ 支(汇)票 √ 银行代收 □ POS机 □ 现金 □ 其他					
交费开户银行	交费账户开户名称		账号			
短险结算方式	√ 即时结算 □ 组合结算:结算限额 结算日期 □ 指定日期结算 □ 其他 (若选择非即时结算,则每年6月30日,12月31日及合同期满日为固定结算日,此处不必填写)					
争议处理方式	√ 诉讼 □ 仲裁(若选择仲裁,请在此处明确填写全称: 仲裁委员会) (若选择仲裁选项但未明确写仲裁委员会的名称,或填写了不存在的仲裁委员会,则仲裁约定无效)					
清单类型	√ 普通清单 □ 无清单					
个人凭证类型	√ 电子个人凭证 □ 纸质个人凭证 □ 家庭险电子凭证 □ 家庭险纸质凭证					

五、公共限额保险资料 险种名称:

公共限额使用范围:	□ 不选择公共限额(不必填写公共限额内容。) □ 不包括连带被保险人 □ 包括连带被保险人					
公共保额	□ 固定公共保额 固定公共保额合计 元:		□ 浮动公共保额 人均浮动公共保额 元; 人均浮动比例: %; 合计保额: 元			
公共保险费	元	公共保额使用许可	□ 经投保人确认后使用 □ 无需投保人确认,直接使用			
每一被保险人可使用额度	□ 相同额度 元 □ 同被保险人个人保额 □ 无限额 □ 详见附件					

六、健康险给付约定

属组	险种名称	医保结算情况	等待期(天)	日津贴(元/天)	住院免赔日数	门诊免赔额	门诊给付比例	住院免赔额	住院给付比例	免赔额	给付比例
							%		%		%
							%		%		%
							%		%		%
							%		%		%

七、基金险账户资料			
首期缴费金额	个人账户交费金额(元)	计入个人账户金额	
	公共账户交费金额(元)	计入公共账户金额(元)	

八、养老金保险资料			
领取方式	<input type="checkbox"/> 延期领取 <input type="checkbox"/> 即期领取 <input type="checkbox"/> 清单指定	<input type="checkbox"/> 一次性领取 <input type="checkbox"/> 年领 <input type="checkbox"/> 月领 <input type="checkbox"/> 其它	
领取年龄	男: 周岁 女: 周岁		

九、告知事项			
1. 过去三年是否发生过死亡或伤残情况。(若“是”，请告知人数。)			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
疾病死亡 _____ 人，疾病伤残 _____ 人，意外死亡 _____ 人，意外伤残 _____ 人			
2. 参加投保的被保险人是否曾经患过或正患有下列任一疾病，或者存在以下状况之一：			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
A. 恶性肿瘤，位于脑、神经、脊髓的任何肿瘤，垂体功能异常，病理性质不明的肿块、包块、病灶、占位、息肉、结节、异常回声团或赘生物，子宫颈高级别鳞状上皮内病变（CIN 2级或CIN 3级等），恶性肿瘤胎。			
B. 糖尿病，高血压病，冠心病，心绞痛，心肌梗死，风湿性心脏病，肺源性心脏病，心脏瓣膜病，心功能II级或II级以上，三度房室传导阻滞，支气管哮喘，慢性阻塞性肺疾病，肺磨玻璃影。			
C. 脑卒中，脑出血，脑梗塞，癫痫，帕金森病，阿尔茨海默病。			
D. 肾病综合征，慢性肾功能衰竭，慢性肝炎，肝硬化，慢性肝功能衰竭，重型再生障碍性贫血，慢性萎缩性胃炎。			
E. 溃疡性结肠炎，克罗恩病，类风湿性关节炎，系统性红斑狼疮，器官移植。			
F. 青光眼，白内障，视网膜疾病。			
G. 精神疾病，先天性疾病，遗传性疾病，艾滋病。			
3. 参加投保的被保险人是否正在住院治疗，或患病正接受治疗，或曾于过去2年内因疾病住院治疗20天以上或因意外住院治疗30天以上。			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(若“是”，有 _____ 人)			
4. 是否有残疾人员参加本次投保。(若“是”，有 _____ 人)			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(说明：2、3、4项目若为“是”，请在被保险人清单的具体被保险人“备注”栏写明。)			

十、合同约定及特别约定(备注栏)			
注册地:中国 部门类型:其他企业和个人			
<合同约定>			
1. 条款释义-现金价值: 手续费比例为0%。			
<特别约定>			
上海市大学生补充商业医疗保险产品计划特别约定(AT5)			
1. D7H国寿新绿洲团体意外伤害保险(A款):			
(1) 意外伤害保险责任: 保险金额为35000元。			
(2) 猝死保险责任: 保险金额为35000元。			
2. 978国寿附加综合团体医疗保险:			
(1) 普通住院医疗责任: 等待期为0日, 免赔额为50元, 赔付比例为100%。保险金额为200000元。			
(2) 一般自费住院医疗责任: 等待期为0日, 免赔额为0元, 赔付比例为50%, 保险金额为100000元。			
(3) 特定疾病自费住院医疗责任: 等待期为0日, 免赔额为0元, 赔付比例为100%, 保险金额为100000元。特定疾病医疗费用指因患白血病、血友病、再生障碍性贫血、恶性肿瘤进行符合规定的造血干细胞移植术、肾、肝移植等手术及术后抗排斥药物费用, 接受肾透析的住院医疗费用。			
(4) 特定门诊医疗责任: 等待期为0日, 免赔额为0元, 赔付比例为100%, 保险金额为200000元。特定门诊指上海市大学生大病居保所规定的六种疾病门诊。上海市大学生大病居保所规定的六种疾病, 为重症尿毒症透析治疗、肾移植抗排斥治疗、恶性肿瘤治疗(化学治疗、内分泌特异治疗、放射治疗、同位素治疗、介入治疗、中医治疗)、部分精神病治疗(精神分裂症、中重度抑郁症、躁狂症、强迫症、精神发育迟缓伴发精神障碍、癫痫伴发精神障碍、偏执性精神病)、血友病治疗和再生障碍性贫血治疗。大病的定义与认定标准以上海市大学生大病居保规定为准。			
(5) 特定罕见病药品责任: 等待期为0日, 免赔额为0元, 赔付比例为100%, 保险金额为100000元。特定罕见病指法布雷病、戈谢氏病、粘多糖病、糖原累积病II型和苯丙酮尿症。			
本公司给付的上述(1)-(4)保险金之和以本附加合同约定的住院医疗保险金额200000元为限。			
3. 633国寿附件绿洲住院定额给付团体医疗保险:			
(1) 意外伤害住院定额给付责任: 意外住院日定额给付金额为20元, 意外住院免赔日数为0日。			
(2) 疾病住院定额给付责任: 疾病住院日定额给付金额为20元, 疾病住院免赔日数为0日。等待期为0日。			
(3) 特定疾病住院定额给付责任: 特定疾病住院日定额给付金额为20元, 特定疾病住院免赔日数为0日。等待期为0日。特定疾病指上海市大学生大病居保所规定的六种疾病。上海市大学生大病居保所规定的六种疾病, 为重症尿毒症透析治疗、肾移植抗排斥治疗、恶性肿瘤治疗(化学治疗、内分泌特异治疗、放射治疗、同位素治疗、介入治疗、中医治疗)、部分精神病治疗(精神分裂症、中重度抑郁症、躁狂症、强迫症、精神发育迟缓伴发精神障碍、癫痫伴发精神障碍、偏执性精神病)、血友病治疗和再生障碍性贫血治疗。大病的定义与认定标准以上海市大学生大病居保规定为准。			
4. 本保险产品计划中, 本公司认可的医疗机构为上海市基本医保规定的定点医院。参加上海市城镇居民医疗保险的学生须提供在上海市医保中心完成报销的医疗费用结算凭证进行理赔。			
6. 等待期指合同生效后若被保险人发生保险事故, 本公司不承担保险责任的指定时期。			
7. 保险责任未尽事宜及责任免除以保险产品条款为准。			

十一、投保人及被保险人声明与授权

1. 贵公司已对保险合同的条款内容履行了说明义务，并对责任免除条款履行了明确说明义务，投保单位已仔细阅读，理解投保提示及保险条款尤其是责任免除、解除合同等规定，并同意遵守。所填投保单各项及告知事项均属实并确无欺瞒。上述一切陈述及本声明将成为贵公司承保的依据，并作为保险合同的一部分，如有不实告知，贵公司有权在法定期限内解除合同，并依法决定是否对合同解除前发生的保险事故承担保险责任。

2. 被保险人或其监护人兹同意在法律允许的范围内，授权中国人寿保险股份有限公司基于本保单承保及履行之需要，在任何与本人或被保险人相关的投保申请或保险合同理赔期间，向医疗机构、行政司法机关、第三方单位和个人检索、调阅、摘抄、复印或以其他方式获取任何与本人或被保险人相关的个人信息，包括但不限于姓名、性别、出生日期、国籍、职业、联系电话、联系地址、工作单位、婚姻情况、收入情况、家庭成员信息、资产信息、有效身份证件类型/号码/起止日期、有无社保和除本保单外，本人名下其他保单情况等。被保险人或其监护人兹已知晓如不同意提供上述信息，可能影响中国人寿保险股份有限公司正常提供承保、理赔等相关服务。被保险人或其监护人谨此授权凡知道或拥有任何有关本人健康及其他情况的任何医疗机构、行政司法机关、第三方单位或个人，均可将有关信息提供给中国人寿保险股份有限公司。被保险人或其监护人兹愿承担由此产生的一切法律责任，此授权书的影印本也同样有效。

3. 被保险人或其监护人兹同意在法律允许的范围内，将本人的保单信息、理赔信息、贵公司根据本保险合同之需要而查询和收集的相关信息以及履行本保险合同可能涉及的医疗信息提供给中国银行保险信息技术管理有限责任公司（简称“中国银保信”），进行信息管理及合理利用。被保险人或其监护人兹授权同意上述信息可在贵公司及其他保险公司为本人提供服务时，通过中国银保信平台查询、收集与其提供服务相关的必要信息。同时本人亦授权上述公司在依据行业监管及为实现服务目的之需要而与其他机构进行必要合作的前提下对上述信息进行合理使用及信息共享（包括但不限于：因保险监督管理及风险控制之需要而进行的行业内信息分享；因信息数据使用、存储、下载之需要而与第三方合作机构进行的数据互通；为提高保险服务水平之需要而与医疗卫生和健康管理机构进行的诊疗信息和健康记录的查询和共享；为公共服务之需要与其他政府机构、监管部门、司法机关及第三方信用信息平台进行的信息共享等）。

4. 被保险人或其监护人兹同意在法律授权范围内，授权中国人寿保险股份有限公司基于履行合同及风险管控之需要将本人在贵公司留存的个人信息、保单信息、理赔信息等提供给与贵公司有再保险业务合作的再保险公司或保险经纪公司（您可登陆www.e-chinalife.com查看与贵公司有再保险业务合作的再保险公司或保险经纪公司清单），被保险人或其监护人确认已知晓，以上机构清单将不定期发生变化，被保险人或其监护人的授权同样适用于新增的再保险公司和保险经纪公司。

特授权本投保单所填写的联系人为我公司日常业务的办理人。联系人可持我公司相关资料，办理我公司保险日常业务。本授权委托自签发之日起生效。

投保人或被授权人签字

投保人盖章

投保申请日期

2023年11月09日

健康险专项：

受理机构：

经办：

受理日期：