**美亚“人身意外伤害保障”综合计划申请表 (即投保单)**

请用水笔填写以下资料，如有涂改，请在涂改处签名并传真至(**021) 3857-8124**即可

（本计划由《美亚个人意外伤害保险》、《美亚附加个人双倍给付意外伤害保险》和《美亚附加个人意外医药补偿医疗保险》组成）

◎**投保步骤一**  打勾选择您中意的保障计划，所有被保险人仅限同一计划；

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **保障项目**  本保障的成年被保险人及其配偶的投保年龄为18周岁至65周岁，续保可至70周岁；其未成年子女的投保年龄为出生满180天至17周岁，续保可至18周岁。（年龄限制均含数字本数）。 | 各被保险人保险金额 （人民币：元） （仅限选一项） | |
| □基本计划 | □高级计划 |
| 意外身故、烧伤及残疾 | 200,000 | 300,000 |
| 双倍给付意外伤害（不适用于未成年人） | 200,000 | 300,000 |
| 意外医药补偿（每次事故限额） | 10,000 ／次 | 15,000／次 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 月保险费  （人民币：元） | 个人计划 | □65 | □96 |
| 双人计划 | □117 | □173 |
| 个人及子女计划 | □85 | □125 |
| 家庭三人计划 | □135 | □199 |

**注： 1. 不承保于以下国家发生的保险事故：古巴、缅甸、伊朗、苏丹、叙利亚。**

2.单人计划的被保险人仅为成年人。双人计划的被保险人可为投保人本人与配偶、投保人本人与未成年子女，投保人配偶与未成年子女或投保人直系父母。家庭三人计划及家庭四人计划的被保险人为投保人、配偶及其未成年子女**。**

3. **未满18周岁的未成年人的“意外身故、烧伤及残疾保障”的保险金额为10万元，且“双倍给付意外伤害”不适用。**

**4.被保险人不包括任何国家或国际组织认定的恐怖分子或恐怖组织成员，或非法从事毒品、核武器、生物或化学武器交易的任何人员。**

* **投保步骤二** ⅰ. 填写投保人的基本资料

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 投保人姓名： | | | | | | | | 性别：□ 男 □ 女 | | | | | | | | 出生日期： 年 月 日 | | | | | | 年龄： 周岁 |
| 身份证号码： |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | 邮编： | 宅电： |
| 通讯地址： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 婚姻状况:□婚 □否 | 手机： |
| 电子邮件： | | | | | | | | | | | | 职业类别： □ 办公室人员 □ 销售人员 □其他（请注明）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |

ⅱ.填写同时申请参加本计划的家庭成员的个人资料

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 与投保人关系 | 姓名 | 性别 | 出生日期 | 身份证/护照号码 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ 本人 | 同上 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 职业类别：□ 办公室人员 □ 销售人员 □其他（请注明）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 职业类别：□ 办公室人员 □ 销售人员 □其他（请注明）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * **投保步骤三**保费自动转账扣款授权声明：  | **开户银行：** | **银行卡类型：■借记卡** | **账号：** | | --- | --- | --- |  |  | | --- | | 注：1.投保人作为上述授权账户所有人同意授权美亚财产保险有限公司上海分公司（“贵公司”）及授权银行从该账户中划转投保人应缴付的保险合同项下的各期保险费。账户所有人必须同投保人；2.如因该授权账户内预留金额不足，由此产生的相关责任，由投保人负责；3.投保人在本投保单上的签名及签署日期视为本授权声明的签名及生效日期；4.本人保证所提供的授权账户确为本人所有，若因该授权账户之准确性而引起任何纠纷，均与贵公司无关，由本人承担一切责任。 |   重要提示  1、为了保障您自身的权益，请在确认投保本保险前，仔细阅读理解保险合同的各项规定，尤其是**免除保险人责任的规定**。保险条款可通过保险公司业务人员获得或登陆保险公司网站http:// [[www.aiginsurance.com.cn](http://www.aiginsurance.com.cn/)](http://www.chartisinsurance.com.cn)查阅。请在投保之前致电：4008208858或向保险公司业务人员询问保险合同各项规定，并听取保险公司业务人员的说明。请确保您对保险公司业务人员的说明完全理解，没有异议。如未询问，则视同已经对合同内容完全理解并无异议。  2、本投保单与报价单（如有）、保险条款、保险单、批单或批注（如有）及其它约定书均为保险合同的构成部分。  3、您可在保险期间届满或保险合同因其它原因终止时，致电4008208858明确告知本公司获取发票的方式，本公司将按指示方式提供保险有效期内已交保险费的发票。  4、□是    申请投保的18周岁以下的未成年人现是否已在本保险公司或其他保险公司参保以死亡为给付保险金条件的人身保险？  注：如勾选本项，则本保险公司不接受为该未成年人投保本保险的申请；如未勾选，则视为未在本保险公司或其他保险公司参保以死亡为给付保险金条件的人身保险。  **投保人与被保险人声明与授权** | | |
| 1. 我明白参加本计划无须进行任何体检。 2. 我确认：我已经认真阅读保险合同规定，尤其是**免除保险人责任的规定**，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。我知晓所有保险责任均以本保险合同所载为准。 3. 我同意：保险期间届满时或之前，如我向贵公司缴付续期保险费以示续保，经贵公司审核同意后，保险合同将于下一保险期间继续有效，续保保险期间以保险单所示为准；如我无意续保，会在保险期间届满日十五天前以书面方式通知贵公司不再续保，否则贵公司将视作我同意续保并于满期日继续从我的授权帐户中收取相应的保险费，并不再另行通知。 4. 我同意，且将告知各被保险人并征得其同意，贵公司可为本保险的目的收集各被保险人的个人资料(该资料不论是从本投保单上或其它地方所获取)并授权可由贵公司或任何与贵公司有关的机构或其它人士(不论在中国或海外地方)持有,转告,及用于(1)处理及审核此投保书或其它保险事宜(2)提供与该保险有关之   服务,及(3)与被保险人联络的用途。   1. 我明白：若被保险人自愿投保由贵公司承保的多种综合保险（不包括团体保险），且在不同保障产品中有相同保险利益的，则贵公司仅按其中保险金额最高者做出赔偿，并退还其它保险项下已收取的相应保险利益的保险费（仅限于“双倍给付意外伤害保障”）。   6. 我了解根据广东保监局关于“人身意外伤害保险及健康保险见费出单管理制度”的规定，贵司须在收到首期保费后，才能出具保险合同。我的保险合同将在贵司成功收取首期保险费后的第二天零时起正式生效（此条款适用于广东地区客户）。  7. 我明白于订立本保险合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一致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。 | | |
| **为了维护您的利益，请勿在空白投保单上签名，投保人需详细填写投保单上所列资料，并与各被保险人亲笔签名确认。签名前，请再次核对所填资料。**  **(本投保单共2页，敬请阅读全文后再签署确认)** | | |
| **1．投保人即账户所有人签名** | **2．被保险人一** | **3．被保险人二** |
| **4．被保险人三** | **签署日期： 签署地点：** | |