

销售机构代码:

销售渠道:



中国人寿保险股份有限公司
China Life Insurance Company Limited

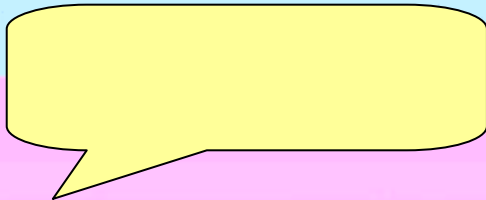


*707244070000000

家庭短期保险组合专用投保单

填写以上
填单样本

投保日期:



张红

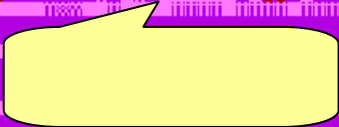
证件类型

证件类型

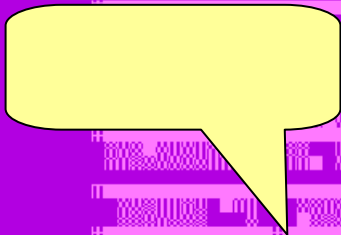
同意 不同意

被保险人(家庭成员)及受益人资料

姓名	性别	出生年月日	职业	与投保人关系	身份证号码	受益人(如不填则为法定继承人)			被保险人签名
						姓名	与被保险人关系	身份证号码	
张红	女	1978.1.2	文员	本人	440102197801020018				张红



18



四、转账授权 (选择银行转账方式交纳保险费的, 请填写本栏)

保险费付款账户授权须知:

- 1、授权人(投保人)自 期内的任意时间, 委托转账银行从本次授权指定的保险费付款账户内划付
- 2、如需发票, 可持投保
- 3、本授权自授权人签字 合同效力终止时。授权人终止授权, 变更账户或变更

- 4、因不可归责于转账 保险公司的事由, 导致不能及时划付应付保险费、划账错误等责任, 由授权人承担。

保险费付款账户授权:

开户银行: 中国工商银行 广州**支行

账户形式: 借记卡 活期存折 其它 _____ 账号: * * * * * 账户所有人姓名: 张红

账户所有人应为投保人本人, 且须使用投保人账户交纳保险费, 请账户所有人填写如下项目并签字确认。

账户所有人身份: 投保人 其他 _____ (请填写与投保人的关系) 账户所有人签字: _____

证件类型: 身份证 其他 _____ 证件号码: _____ (为连续投保人时, 先

1、是否曾经患过或患有下列任一疾病: 恶性肿瘤、心脏病、器质性心脏病、白血病、糖尿病、

甲状腺功能亢进、高血压、肺结核、肝炎、肾炎、

2、是否曾经患过下列任一疾病: _____

3、是否曾患有下列任一疾病: _____

4、是否曾患有下列任一疾病: _____

5、是否曾患有下列任一疾病: _____

6、是否曾患有下列任一疾病: _____

7、是否曾患有下列任一疾病: _____

8、是否曾患有下列任一疾病: _____

9、是否曾患有下列任一疾病: _____

10、是否曾患有下列任一疾病: _____

11、是否曾患有下列任一疾病: _____

12、是否曾患有下列任一疾病: _____

13、是否曾患有下列任一疾病: _____

14、是否曾患有下列任一疾病: _____

15、是否曾患有下列任一疾病: _____

16、是否曾患有下列任一疾病: _____

17、是否曾患有下列任一疾病: _____

18、是否曾患有下列任一疾病: _____

19、是否曾患有下列任一疾病: _____

20、是否曾患有下列任一疾病: _____

21、是否曾患有下列任一疾病: _____

22、是否曾患有下列任一疾病: _____

23、是否曾患有下列任一疾病: _____

24、是否曾患有下列任一疾病: _____

25、是否曾患有下列任一疾病: _____

26、是否曾患有下列任一疾病: _____

27、是否曾患有下列任一疾病: _____

28、是否曾患有下列任一疾病: _____

29、是否曾患有下列任一疾病: _____

30、是否曾患有下列任一疾病: _____

31、是否曾患有下列任一疾病: _____

32、是否曾患有下列任一疾病: _____

33、是否曾患有下列任一疾病: _____

34、是否曾患有下列任一疾病: _____

35、是否曾患有下列任一疾病: _____

36、是否曾患有下列任一疾病: _____

37、是否曾患有下列任一疾病: _____

38、是否曾患有下列任一疾病: _____

39、是否曾患有下列任一疾病: _____

40、是否曾患有下列任一疾病: _____

受理日期: _____ 年 月 日

经办机构: _____ 经办: _____