

保险合同号：2025440600D7G400001471

投保人： 韶关市浈江区民政局

签发机构：中国人寿保险股份有限公司广东省分公司

签发日期：2024年12月31日

负责人：

伍健

客户服务指南（团体）

尊敬的客户：

您好，感谢您购买我公司的产品，我们将以诚挚的服务、专业化的经营回报您的支持和信赖。为更好地为您提供服务，请您在购买产品后，仔细阅读本服务指南。

1、申请服务，备齐资料

我公司提供服务项目包括：保险合同内容变更（如投保人、被保险人、受益人信息变更）、增减被保险人、增减附加险、合同效力中止或恢复、保险合同补换发、保险合同解除、年金给付等（实际提供服务项目见您投保险种的条款规定）。您申请办理服务项目时，请备齐相关资料及证件。

2、发生事故，及时报案

保险事故发生后，请投保人、被保险人或受益人及时向我公司报案。报案渠道：“中国人寿寿险”APP或微信小程序进入“我的理赔——我要报案”、95519客户服务专线报案、到本公司当地营业网点报案、联系销售人员协助报案。

3、不能亲办，委托他人

若您不能亲自前往我公司办理理赔申请以及合同内容变更、解除合同等事项，请亲笔填写授权委托书并确认签名，委托他人或销售人员前往办理。

4、如有疑问，及时联系

非常感谢您对我们工作的支持和帮助。如果您有疑问或要求，请拨打本公司95519客户服务专线，也可以与销售人员联系，我们将及时为您排忧解难。如果对我们的服务不满意，您可以通过95519客户服务专线、“中国人寿寿险”APP、“中国人寿寿险”小程序、信函、来访等方式进行投诉。请如实提供您的姓名、联系电话、投诉事由等内容，我们会在收到完整投诉材料之日起2个工作日内，向您反馈受理情况。

您可登录www.e-chinalife.com查询保险条款、电子保单、本公司最新偿付能力信息等内容，也可通过“中国人寿寿险”APP办理保单查询、交费、变更、理赔等多项服务。扫描下方二维码，轻松体验保单服务。



轻松一扫，安装官方APP



股份官微二维码



广东分公司二维码

公司地址：广州市中山七路133号荔湾大厦
邮编：510145

全国统一客户服务专线：95519
公司网址：www.e-chinalife.com

保险单

本公司根据保险条款和投保人的申请，签发本保险单。

保单资料	
币种：人民币（单位：元）	
合同号：2025440600D7G400001471	投保单号：1209244490303557
投保人：韶关市浈江区民政局	投保人证件号码：11440204006955721F
投保人客户号：59457390	被保险人人数：76257
合同生效日：2025年01月01日	合同满期日：2025年12月31日
保险费合计：762570.00	交费方式：趸交
清单类型： <input checked="" type="checkbox"/> 普通清单 <input type="checkbox"/> 无清单	个人凭证类型：纸质个人凭证

保障利益及保费表	
【险种1】	
险种名称：国寿银龄安康综合团体意外伤害保险（A款）	险种代码：D7G
保险期间：1年	保险费：762570.00
解约手续费比例：--	
保险责任	保险金额
D7G-1意外伤害保险责任	228771000.00
D7G-2意外伤害费用补偿医疗保险责任	15251400.00
D7G-3意外伤害住院定额给付医疗保险责任	137262600.00
说明：保障利益及保费表中分责任列示保额是否为共享保额以实际产品条款为准。	

保单约定信息		
属组	险种代码/子责任	约定项
1	D7G-2	国寿银龄安康综合团体意外伤害保险（A款）-意外伤害费用补偿医疗保险责任 医保结算：否，免赔额：0元/每次医疗事件，给付比例：80%
1	D7G-2	国寿银龄安康综合团体意外伤害保险（A款）-意外伤害费用补偿医疗保险责任 医保结算：是，免赔额：0元/每次医疗事件，给付比例：100%
1	D7G-3	国寿银龄安康综合团体意外伤害保险（A款）-意外伤害住院定额给付医疗保险责任 住院日定额给付金额：10元/日，住院免赔日数：0日

特别约定信息	
无	

销售机构代码/名称：440600/中国人寿韶关分公司

销售人员代码/姓名：44060087500684/涂秀丽

签单机构地址：广州市中山七路133号荔湾大厦

合同成立日期：2024年12月31日 11时00分

保费确认日期：2024年12月31日 11时00分

打印日期：2025年01月03日 16时28分

公司提示：为确保您的保单权益，请及时拨打本公司客户服务专线、登录网站或到柜台进行查询，核实保单信息。您可登录至www.e-chinalife.com查询本公司最新偿付能力信息、保险条款、保单信息等内容。收到电子保单，请您及时登录open.e-chinalife.com/u/epolicy进行电子保单的验证。同时自合同成立、我公司收取保险费且保单生效后，依法为您开具电子发票，您可以在dzfp.e-chinalife.com查询并下载电子发票。电子发票开具有一定的延迟，如暂时查询不到电子发票可稍后再次尝试，或者联系我公司协助解决。

免责条款提示：请仔细阅读所附保险条款中有关责任免除的内容。



请扫描以查询验证条款

中国人寿保险股份有限公司 国寿银龄安康综合团体意外伤害保险（A 款）条款

第一条 保险合同构成

国寿银龄安康综合团体意外伤害保险（A 款）合同（以下简称本合同）由保险单及所附条款、批注、附贴批单、投保单，以及与本合同有关的投保文件、声明和其他书面协议共同构成。

第二条 投保范围

年龄在五十周岁及以上的特定团体成员，均可作为被保险人，由投保人向中国人寿保险股份有限公司（以下简称本公司）投保本保险。投保应符合国务院保险监督管理机构的相关规定。

第三条 保险合同成立、生效和保险责任开始

投保人提出保险申请、本公司同意承保，本合同成立。

自本合同成立、本公司收取保险费并签发保险单的次日零时起本合同生效，合同生效日期在保险单上载明。生效对应日以该日期计算。

除另有约定外，本合同生效的日期为本公司开始承担保险责任的日期。

第四条 保险期间

本合同的保险期间最长为一年。除另有约定外，自本合同生效之日起至约定终止日二十四时止，由投保人在投保时与本公司协商确定。

第五条 保险责任

在本合同保险期间内，本公司依下列约定承担保险责任：

一、意外伤害保险责任（基本责任）

被保险人遭受意外伤害，并自该意外伤害发生之日起一百八十日内因该意外伤害导致身故的，本合同对该被保险人的保险责任终止，本公司按本合同约定的该被保险人的意外伤害保险金额扣除已给付的该被保险人的意外伤残保险金后的余额给付意外身故保险金。

被保险人遭受意外伤害，并自该意外伤害发生之日起一百八十日内因该意外伤害导致身体伤残的，本公司根据《人身保险伤残评定标准及代码》（JR/T 0083—2013）（中国保险监督管理委员会发布，保监发〔2014〕6 号）（以下简称《标准》）确定的伤残程度及其对应的保险金给付比例（见附表），按本合同约定的该被保险人的意外伤害保险金额乘以该处伤残的伤残等级所对应的保险金给付比例给付意外伤残保险金。

当同一保险事故导致两处或两处以上伤残时，本公司仅按其中一处的伤残等级给付意外伤残保险金；如果各处的伤残等级不完全相同且最重的伤残等级所对应的伤残只有一处，本公司按最重的伤残等级所对应的保险金给付比例给付意外伤残保险金；如果各处的伤残等级完全相同或最重的伤残等级所对应的伤残有两处或两处以上，本公司将该伤残等级在原基础上晋升一级（但最高晋升至第一级），并按晋升后的伤残等级所对应的保险金给付比例给付意外伤残保险金。同一部位和性质的伤残，不能采用《标准》条文两条以上或者同一条文两次以上进行评定。

本公司对每一被保险人给付的上述各项保险金之和以本合同约定的该被保险人的意外伤害保险金额为限，一次或累计给付的上述各项保险金之和达到本合同约定的该被保险人的意外伤害保险金额时，本合同对该被保险人的保险责任终止。

二、意外伤害费用补偿医疗保险责任（可选责任）

被保险人遭受意外伤害，并因该意外伤害在二级以上（含二级）医院或本公司认可的其他医疗机构诊疗，对该被保险人每次意外伤害事故所发生并实际支出的符合当地基本医疗保险支付范围的医疗费用，本公司在扣除当地基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、其他费

用补偿型医疗保险和其他途径已经补偿或给付部分以及本合同约定的该被保险人的免赔额后，对其余额按本合同约定的该被保险人的给付比例给付意外伤害费用补偿医疗保险金。意外伤害费用补偿医疗保险金的免赔额和给付比例，分别按照被保险人是否参加当地基本医疗保险、公费医疗的情况，由投保人在投保时与本公司协商确定并在保险单上载明。

保险期间届满该被保险人治疗仍未结束的，本公司继续承担给付意外伤害费用补偿医疗保险金责任的期限，由投保人在投保时与本公司协商确定并在保险单上载明，但门（急）诊治疗以保险期间届满的次日起连续十五日为限，住院治疗以保险期间届满的次日起连续九十日为限。

本公司对每一被保险人给付的意外伤害费用补偿医疗保险金以本合同约定的该被保险人的意外伤害费用补偿医疗保险金额为限，一次或累计给付的意外伤害费用补偿医疗保险金达到本合同约定的该被保险人的意外伤害费用补偿医疗保险金额时，本合同对该被保险人的该项保险责任终止。

三、意外伤害住院定额给付医疗保险责任（可选责任）

被保险人遭受意外伤害，并因该意外伤害在二级以上（含二级）医院或本公司认可的其他医疗机构住院治疗，本公司按本合同约定的该被保险人的意外伤害住院日定额给付金额乘以给付日数给付意外伤害住院定额给付医疗保险金。给付日数为实际住院日数扣除住院免赔日数，住院免赔日数由投保人在投保时与本公司协商确定并在保险单上载明。若该被保险人本次住院治疗与前次住院原因相同，并且前次出院与本次入院间隔不超过三十日，则本次住院与前次住院视为同一次住院。

保险期间届满被保险人住院治疗仍未结束的，除另有约定外，本公司继续对本次住院治疗承担给付意外伤害住院定额给付医疗保险金的责任。

本公司对每一被保险人每次住院的给付日数以九十日为限。同一被保险人多次住院的，本公司对该被保险人的累计给付日数以一百八十日为限。

四、猝死保险责任（可选责任）

被保险人猝死，本合同对该被保险人的保险责任终止，本公司按本合同约定的该被保险人的猝死保险金额给付猝死保险金。

第六条 责任免除

一、因下列情形之一，导致被保险人身故或伤残的，本公司不承担给付意外身故保险金和意外伤残保险金的责任：

- （一）被保险人猝死；
- （二）被保险人故意犯罪或抗拒依法采取的刑事强制措施；
- （三）被保险人自杀或故意自伤，但被保险人自杀或故意自伤时为非民事行为能力人的除外；
- （四）被保险人斗殴、醉酒，服用、吸食或注射毒品；
- （五）被保险人酒后驾驶、无合法有效驾驶证驾驶或驾驶无合法有效行驶证的机动车；
- （六）被保险人未遵医嘱私自使用或服用药物，但按使用说明的规定使用非处方药不在此限；
- （七）被保险人参加潜水、滑雪、空中运动、攀岩、探险、武术比赛、摔跤、特技表演、赛马或赛车等高风险活动；
- （八）被保险人的精神和行为障碍；
- （九）战争、军事冲突、暴乱或武装叛乱；
- （十）核爆炸、核辐射或核污染。

二、因下列情形之一，导致被保险人支出医疗费用或住院治疗的，本公司不承担给付意外伤害费用补偿医疗保险金和意外伤害住院定额给付医疗保险金的责任：

- （一）本条第一款所约定的本公司不承担保险责任的事项；
- （二）被保险人的洗牙、牙齿美白、正畸、烤瓷牙、种植牙或镶牙等牙齿保健和修复；
- （三）被保险人在香港特别行政区、澳门特别行政区、台湾地区或中国境外的诊疗。

三、因本条第一款（二）至（十）所约定的情形，导致被保险人身故的，本公司不承担给付猝死保险金的责任。

第七条 保险金额

本合同被保险人的意外伤害保险金额、意外伤害费用补偿医疗保险金额、意外伤害住院日定额给付金额和猝死保险金额由投保人在投保时与本公司协商确定并在保险单上载明。

第八条 保险费

本合同的保险费由投保人在投保时一次交清。投保人与本公司约定保险期间为一年的，投保人也可以按本合同约定的分期交付方式交付保险费。

分期交付分为半年交、季交和月交三种方式，保险费到期日分别为本合同半年、季和月的生效对应日。分期交付保险费的，第一期以后的保险费应在保险费到期日前交付。到期未支付保险费的，应于保险费到期日的次日起六十日内交付，在前述六十日内发生保险事故，本公司仍承担保险责任，但有权从给付的保险金中扣除发生保险事故的被保险人对应的应交而未交付的保险费。未在前述六十日内交付保险费的，本合同自前述六十日期满的次日起终止。

第九条 伤残程度鉴定

被保险人因意外伤害造成身体伤残的，应在治疗结束后，由二级以上（含二级）医院、本公司认可的其他医疗机构或鉴定机构出具能够证明被保险人伤残程度的资料。若本合同任何一方对伤残程度的认定有异议，则以司法鉴定机构的鉴定结果为准。

被保险人自遭受意外伤害之日起一百八十日内治疗仍未结束的，应按第一百八十日的身体状况出具资料或进行司法鉴定。

第十条 明确说明与如实告知

订立本合同时，本公司应向投保人明确说明本合同的内容。对保险条款中免除本公司责任的条款，本公司在订立合同时应当在投保单、保险单或者其他保险凭证上作出足以引起投保人注意的提示，并对该条款的内容以书面或者口头形式向投保人作出明确说明。

本公司可以就投保人、被保险人的有关情况提出询问，投保人应当如实告知。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响本公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，本公司有权解除合同。

前款规定的合同解除权，自本公司知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

投保人故意不履行如实告知义务的，本公司对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，并不退还保险费。

投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，本公司对于合同解除前发生的保险事故，不承担给付保险金的责任，但退还保险费。

本公司在本合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，本公司不得解除合同；发生保险事故的，本公司承担给付保险金的责任。

第十一条 受益人

被保险人或投保人可以指定一人或数人为意外身故保险金和猝死保险金受益人。投保人为与其有劳动关系的劳动者投保本保险的，不得指定被保险人及其近亲属以外的人为受益人。

除本合同另有指定外，意外伤残保险金、意外伤害费用补偿医疗保险金和意外伤害住院定额给付医疗保险金的受益人为被保险人本人。

受益人为数人的，被保险人或投保人可以确定受益顺序和受益份额；未确定受益份额的，受益人按照相等份额享有受益权。

被保险人或投保人可以变更意外身故保险金和猝死保险金受益人，但需书面通知本公司，由本公司在保险单或其他保险凭证上批注或者附贴批单。

投保人指定或变更意外身故保险金和猝死保险金受益人时，须经被保险人同意。

被保险人身故后，有下列情形之一的，保险金作为被保险人的遗产，由本公司依照《中华人民共和国继承法》的规定履行给付保险金的义务：

- （1）没有指定受益人，或者受益人指定不明无法确定的；
- （2）受益人先于被保险人身故，没有其他受益人的；
- （3）受益人依法丧失受益权或者放弃受益权，没有其他受益人的。

受益人与被保险人在同一事件中身故，且不能确定身故先后顺序的，推定受益人身故在先。

受益人故意造成被保险人死亡、伤残的，或者故意杀害被保险人未遂的，该受益人丧失受益权。

第十二条 保险事故的通知

投保人、被保险人或受益人知道保险事故发生后，应及时通知本公司。若因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，本公司对无法确定的部分，不承担给付保险金的责任，但本公司通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外。

第十三条 保险金的申请与给付

一、在本合同保险期间内，被保险人身故的，由意外身故保险金和猝死保险金受益人作为申请人，填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向本公司申请给付保险金：

1. 保险单或投保人证明；
2. 申请人的法定身份证明；
3. 公安部门或者二级以上（含二级）医院出具的被保险人死亡证明书；
4. 被保险人的户籍注销证明；
5. 保险金作为被保险人遗产时，必须提供可证明合法继承权的相关权利文件；
6. 本公司要求的申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料。

二、在本合同保险期间内，被保险人身体伤残的，由意外伤残保险金受益人作为申请人，填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向本公司申请给付保险金：

1. 保险单或投保人证明；
2. 申请人的法定身份证明；
3. 二级以上（含二级）医院、本公司认可的其他医疗机构或鉴定机构出具的被保险人伤残程度的资料或身体伤残程度鉴定书；
4. 若由代理人代为申请保险金，则还应提供授权委托书、代理人法定身份证明等文件；
5. 本公司要求的申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料。

三、在本合同保险期间内，被保险人因意外伤害支出医疗费用的，由意外伤害费用补偿医疗保险金受益人作为申请人，填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向本公司申请给付保险金：

1. 保险单或投保人证明；
2. 申请人的法定身份证明；
3. 二级以上（含二级）医院或者本公司认可的其他医疗机构出具的医疗费用收据、诊断证明及病历等相关资料；
4. 对于已经从当地基本医疗保险、公费医疗、城乡居民大病保险、其他费用补偿型医疗保险和其他途径获得补偿或给付的，需提供相应机构或单位出具的医疗费用结算证明；
5. 若由代理人代为申请保险金，则还应提供授权委托书、代理人法定身份证明等文件；
6. 本公司要求的申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料。

四、在本合同保险期间内，被保险人因意外伤害住院治疗的，由意外伤害住院定额给付医疗保险金受益人作为申请人，填写保险金给付申请书，并凭下列证明和资料向本公司申请给付保险金：

1. 保险单或投保人证明；
2. 申请人的法定身份证明；
3. 二级以上（含二级）医院或本公司认可的其他医疗机构出具的诊断证明（含相关的诊断依据）、病历、住院及出院证明文件等资料；
4. 若由代理人代为申请保险金，则还应提供授权委托书、代理人法定身份证明等文件；
5. 本公司要求的申请人所能提供的与确认保险事故的性质、原因、伤害程度等有关的其他证明和资料。

五、上述所列证明和资料不完整的，本公司将及时一次性通知申请人补充提供有关证明和

资料。

六、本公司收到申请人的保险金给付申请书及本条所列证明和资料后，将及时作出核定；情形复杂的，将在三十日内作出核定，但本合同另有约定的除外。经核定后确定属于保险责任的，本公司在与申请人达成给付保险金的协议后十日内，履行给付保险金的义务；不属于保险责任的，本公司将自作出核定之日起三日内向申请人发出拒绝给付保险金通知书，并说明理由。

七、本公司自收到申请人的保险金给付申请书及本条所列证明和资料之日起六十日内，对属于保险责任而给付保险金的数额不能确定的，根据已有证明和资料，按可以确定的数额先予支付，本公司最终确定给付保险金的数额后，支付相应的差额。

八、申请人向本公司请求给付保险金的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

第十四条 被保险人的变动

一、投保人因所属人员变动需要增加被保险人的，应书面通知本公司，经本公司审核同意，于收取保险费的次日起开始承担保险责任。新增加被保险人的保险期间届满日与本合同的保险期间届满日相同。

二、投保人因所属人员变动需要减少被保险人的，应书面通知本公司，本合同对该被保险人所承担的保险责任自通知到达时终止。对于未发生保险金给付的，本公司向投保人退还该被保险人对应的现金价值；对于已发生保险金给付或已发生本合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，本公司不退还现金价值。

三、如果由于被保险人变动，导致本合同不再满足国务院保险监督管理机构的相关投保规定时，本公司有权解除本合同，并向投保人退还本合同的现金价值。

第十五条 住所或通讯地址变更

投保人的住所或通讯地址变更时，应及时以书面形式通知本公司。投保人未以书面形式通知的，本公司将按本合同注明的最后住所或通讯地址发送有关通知。

第十六条 年龄计算及错误处理

被保险人的投保年龄按周岁计算。投保人应在投保本保险时将被保险人的真实年龄在投保单上填明，如果发生错误，除本合同另有约定外，本公司按照下列规定办理：

一、投保人申报的被保险人年龄不真实，并且其真实年龄不符合本合同约定的年龄限制的，本公司有权在知道有解除事由之日起三十日内全部或部分解除本合同。全部解除的，本公司向投保人退还本合同的现金价值；部分解除的，本公司向投保人退还该被保险人对应的现金价值。

二、投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人支付的保险费少于应付保险费的，本公司有权更正并要求投保人补交保险费，或者在给付保险金时按照实付保险费与应付保险费的比例支付。

三、投保人申报的被保险人年龄不真实，致使投保人支付的保险费多于应付保险费的，本公司应将多收的保险费无息退还投保人。

第十七条 合同内容变更

投保人和本公司可以协商变更本合同的内容。变更本合同时，投保人应填写变更合同申请书，经本公司审核同意后，由本公司在保险单或者其他保险凭证上批注或附贴批单，或由投保人和本公司订立变更的书面协议。

第十八条 投保人解除合同的处理

投保人于本合同成立后，可以要求解除本合同。但已发生任何保险金给付或已发生本合同约定的保险事故但尚未给付保险金的，投保人不得要求解除本合同。投保人要求解除本合同时，应填写解除合同申请书，并提交保险合同和投保人证明。

本合同自本公司接到解除合同申请书时终止，本公司于接到解除合同申请书之日起三十日内向投保人退还本合同的现金价值。

第十九条 争议处理

本合同争议的解决方式，由当事人在合同中约定从下列两种方式中选择一种：

一、因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，提交×××仲裁委员会仲裁；

二、因履行本合同发生的争议，由当事人协商解决，协商不成的，依法向人民法院提起诉讼。

第二十条 释义

周岁：指按法定身份证明文件中记载的出生日期计算的年龄，自出生之日起为零周岁，每经过一年增加一岁，不足一年的不计。

生效对应日：指本合同生效日每半年、季、月的对应日。

意外伤害：指遭受外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件直接致使身体受到的伤害。

伤残：指意外伤害损伤所致的人体残疾。

《人身保险伤残评定标准及代码》(JR/T0083-2013)：指中国保险监督管理委员会发布的，保监发〔2014〕6号《人身保险伤残评定标准及代码》行业标准（标准编号为JR/T 0083-2013），《标准》及相应保险金给付比例表，投保人可通过本公司的官方网站查询。

本公司认可的其他医疗机构：指本公司有关保险单（凭证）、批单或批注中列明的医疗卫生机构。

基本医疗保险：指城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险（或城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗保险）。《中华人民共和国社会保险法》如有更新、替代、补充的，以最新的文件为准。

其他途径：指互助基金、保险公司（含本公司）、工作单位或对其承担民事责任的第三人。

门（急）诊：指被保险人确因临床需要，正式办理挂号手续，并确实在医院的门诊部或急诊部接受治疗的行为过程，但不包括休养、疗养、身体检查、康复医疗和健康护理等非治疗性行为。

住院：指被保险人确因临床需要，正式办理入院及出院手续，并确实入住医院正式病房接受治疗的行为过程，但不包括入住门（急）诊观察室、家庭病床、挂床住院，以及休养、疗养、身体检查和健康护理等非治疗性行为。

猝死：指由潜在疾病、身体机能障碍或其他非外来性原因所导致的、在出现急性症状后发生的突然死亡，以医院的诊断或公安、司法机关的鉴定为准。

毒品：指中华人民共和国刑法规定的鸦片、海洛因、甲基苯丙胺（冰毒）、吗啡、大麻、可卡因以及国家规定管制的其他能够使人形成瘾癖的麻醉药品和精神药品，但不包括由医生开具并遵医嘱使用的用于治疗疾病但含有毒品成分的处方药品。

酒后驾驶：指经检测或鉴定，发生事故时车辆驾驶人员每百毫升血液中的酒精含量达到或超过一定的标准，公安机关交通管理部门依据《道路交通安全法》的规定认定为饮酒后驾驶或醉酒后驾驶。

无合法有效驾驶证驾驶：指下列情形之一：

- （1）没有取得驾驶资格；
- （2）驾驶与驾驶证准驾车型不相符合的车辆；
- （3）持审验不合格的驾驶证驾驶；
- （4）持学习驾驶证学习驾车时，无教练员随车指导，或不按指定时间、路线学习驾车。

无合法有效行驶证：指下列情形之一：

- （1）机动车被依法注销登记的；
- （2）未依法按时进行或通过机动车安全技术检验。

机动车：指以动力装置驱动或者牵引，供人员乘用或者用于运送物品以及进行工程专项作业的轮式车辆。

潜水：指使用辅助呼吸器材在江、河、湖、海、水库、运河等水域进行的水下运动。

攀岩：指攀登悬崖、楼宇外墙、人造悬崖、冰崖、冰山等运动。

探险：指明知在某种特定的自然条件下有失去生命或者使身体受到伤害的危险，而故意使自己置身其中的行为。如江河漂流、徒步穿越沙漠或者人迹罕见的原始森林等活动。

武术比赛：指两人或两人以上对抗性柔道、空手道、跆拳道、散打、拳击等各种拳术及使

用器械的对抗性比赛。

特技表演：指进行马术、杂技、驯兽等表演。

精神和行为障碍：以世界卫生组织颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订版（ICD-10）为准。

战争：指国家与国家、民族与民族、政治集团与政治集团之间为了一定的政治、经济目的而进行的武装斗争，以政府宣布为准。

军事冲突：指国家或民族之间在一定范围内的武装对抗，以政府宣布为准。

暴乱：指破坏社会秩序的武装骚动，以政府宣布为准。

应交而未交付的保险费：指投保人在投保时与本公司约定的本合同整个保险期间内应交付的全部保险费与已经交付的保险费的差额。

法定身份证明：指依据法律规定，由有权机构制作颁发的证明身份的证件、文件等，如：居民身份证、户口簿、护照、军人证等。

现金价值：指最后一期已交付保险费 \times （1-手续费比例） \times （1-该保险费所保障的已经过日数/该保险费所保障的日数）。经过日数不足一日的按一日计算。手续费比例由投保人在投保时与本公司协商确定并在保险单上载明，但最高不超过 25%。

附表

伤残等级对应的保险金给付比例表

伤残等级	1 级	2 级	3 级	4 级	5 级	6 级	7 级	8 级	9 级	10 级
给付比例	100%	90%	80%	70%	60%	50%	40%	30%	20%	10%

本页空白，印制无效

本页空白，印制无效

本页空白，印制无效

本页空白，印制无效

本页空白，印制无效

本页空白，印制无效



1209244490303557

销售机构代码: 440600

销售渠道: 业务员

销售人员姓名: 涂秀丽

销售人员代码: 87500684

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

团体保险投保单

投保人客户号: 59457390

投保提示:

- 请您在仔细阅读保险条款、产品说明, 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, 认真核对确认本投保单。
- 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, 各项内容必须真实、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进行询问, 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新偿付能力充足率、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, 请您登录我公司官网 (www.e-chinalife.com) 或下载“中国人寿寿险”APP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)、“中国人寿寿险”APP查询保险条款。

一、投保人资料

单位/团体名称	韶关市浈江区民政局				
证件类型	统一社会信用代码凭证	证件号码	11440204006955721F	证件有效期	起期: 年 月 日 止期: 年 月 日/□长期
注册地	中国	行业类别	综合事务管理机构	部门类型	政府
成员总数	76257人	在职人数	76257人	投保人数	76257人
通讯地址	广东省韶关市浈江区西堤北路39号			邮政编码	512000
与被保险人关系	<input type="checkbox"/> 劳动关系 <input type="checkbox"/> 家庭关系 <input checked="" type="checkbox"/> 其他 (被保险人同意投保人为其订立合同)				

联系人信息

姓名	向雯	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	出生日期	1989年08月02日
证件类型	身份证	证件号码	44020319890802612X	证件有效期	起期: 年 月 日 止期: 年 月 日/□长期
移动电话	15914857922	固定电话		电子邮件	

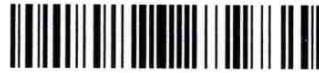
二、被保险人资料 (详见被保险人清单)

被保险人总数	76257人
被保险人清单类型	<input checked="" type="checkbox"/> 普通清单 <input type="checkbox"/> 无清单

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。
- 若投保人未明确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》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被保险人清单)



1209244490303557

属组	险种-责任名称	总保险金额 (元)	总保险费 (元)	被保险人数 (人)	解约手续费 比例(%)	保险期间
1	国寿银龄安康综合团体意外伤害保险(A款)-意外伤害保险 责任	228771000.00	295877.16	76257		1年
1	国寿银龄安康综合团体意外伤害保险(A款)-意外伤害费用 补偿医疗保险责任	15251400.00	59480.46	76257		1年
1	国寿银龄安康综合团体意外伤害保险(A款)-意外伤害住院 定额给付医疗保险责任	137262600.00	407212.38	76257		1年

注:请在被保险人清单里明确每人保险金额(无清单业务除外)。

保险费合计(元)	(大写)柒拾陆万贰仟伍佰柒拾元整 (小写)762570.00		币种	<input checked="" type="checkbox"/> 人民币 <input type="checkbox"/> 其他__	
保单性质	<input type="checkbox"/> 新单投保 <input checked="" type="checkbox"/> 续保保单		上期合同号	2024440600D7H400005389	
合同类型	<input type="checkbox"/> 电子保单 <input checked="" type="checkbox"/> 纸质保单	凭证 类型 <input type="checkbox"/> 电子个人凭证 <input checked="" type="checkbox"/> 纸质个人凭证 <input type="checkbox"/> 家庭险电子凭证 <input type="checkbox"/> 家庭险纸质凭证	指定 生效日	<input checked="" type="checkbox"/> 指定为 2025年01月01日 <input type="checkbox"/> 不指定 <input type="checkbox"/> 指定为保费到账次日	
保费来源	<input checked="" type="checkbox"/> 团体账户付款 <input type="checkbox"/> 个人账户付款 <input type="checkbox"/> 团体个人共同付款				
交费方式	<input checked="" type="checkbox"/> 一次性交清/趸交 <input type="checkbox"/> 半年交 <input type="checkbox"/> 季交 <input type="checkbox"/> 月交 <input type="checkbox"/> 年交 <input type="checkbox"/> 不定期				
交费形式	<input type="checkbox"/> 银行转账 <input type="checkbox"/> 支(汇)票 <input checked="" type="checkbox"/> 银行代收 <input type="checkbox"/> POS机 <input type="checkbox"/> 网上交费 <input type="checkbox"/> 现金 <input type="checkbox"/> 其他__				
交费开户银行			交费账户开户名称		
账号					
银行预留手机号			首期交费截止日期		
短险结算方式	<input checked="" type="checkbox"/> 即时结算 <input type="checkbox"/> 组合结算:结算限额__元 结算日期__ <input type="checkbox"/> 指定日期结算 <input type="checkbox"/> 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。)				
争议处理方式	<input checked="" type="checkbox"/> 诉讼 <input type="checkbox"/> 仲裁(若选择仲裁,请在此处明确全称:__仲裁委员会) (若选择仲裁选项但未明确仲裁委员会的名称,或指定的仲裁委员会不存在的,则仲裁约定无效。)				
是否政策类业务	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				

是否赠险:☐是 ☒否赠送类型:☐买赠型 ☐非买赠型赠送目的及对象:☐公益事业或以社会公众为对象 ☐赠送给客户 ☐以业务宣传为目的的其他赠送**五、公共保额保险资料(仅限含公共保额保障产品)****险种名称:**公共保额使用范围:☐不选择公共保额 ☐不包括连带被保险人 ☐包括连带被保险人

公共保额类型	<input type="checkbox"/> 固定公共保额 固定公共保额合计: 元; <input type="checkbox"/> 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		
公共保费	元	公共保额使用许可	<input type="checkbox"/> 经投保人确认后使用 <input type="checkbox"/> 无需投保人确认,直接使用
每一被保险人可使用额度	<input type="checkbox"/> 相同额度__元 <input type="checkbox"/> 同被保险人个人保额 <input type="checkbox"/> 无限额 <input type="checkbox"/> 另行约定		

六、健康险给付约定

属组	险种-责任名称	是否参 加医保 或公费 医疗	等待期 (天)	日津 贴(元/ 天)	门诊 免赔额 (元/次 或年)	门诊给 付比例	住院免 赔日数 (日/次 或年)	住院 免赔额 (元/次 或年)	住院给 付比例	免赔额 (元/次 或年)	给付 比例
1	国寿银龄安康综合团体意外伤害保险(A款)-意 外伤害费用补偿医疗保险责任	否								0元/每 次医疗 事件	80%
1	国寿银龄安康综合团体意外伤害保险(A款)-意 外伤害费用补偿医疗保险责任	是								0元/每 次医疗 事件	100%
1	国寿银龄安康综合团体意外伤害保险(A款)-意 外伤害住院定额给付医疗保险责任			10.0			0				



1209244490303557

七、告知事项：是否存在如下任意一项异常告知情形？ ☐是 ☒否

1. 投保团体过去三年发生过死亡或伤残情况。
2. 参加投保的被保险人曾经患过或正患有以下任一疾病，或者存在以下状况之一：
 - 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），恶性葡萄胎。
 - 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，心肌病，心脏瓣膜病，心功能II级或III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。
4. 有残疾人员参加本次投保。

八、合同约定及特别约定**九、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、产品说明履行了说明义务，并对责任免除条款履行了明确说明义务，投保人已仔细阅读，理解投保提示、保险条款尤其是责任免除和解除合同、产品说明等内容，并同意遵守。本投保单各项内容及告知事项均属事实并确无欺瞒。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合同之需要，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息信用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再有再保险业务合作的再保险公司或保险经纪公司（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。
特授权本投保单中载明的联系人为我单位日常业务的办理人。联系人可持我单位相关资料，办理我单位保险日常业务。本授权委托自签发之日起生效。

投保人或授权人签字：

向雪

投保人盖章：





1209244490303557

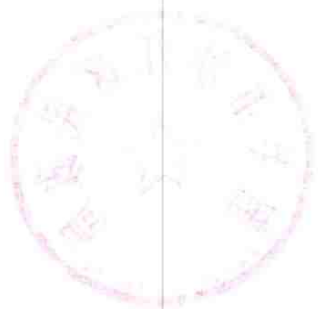
投保申请日期: 2024年12月30日

健康险专项:

受理机构: 480600

经办: 13

受理日期: 2024.12.31



保险合同送达书（团体短险）

尊敬的韶关市浈江区民政局：

本公司签发的保险合同主要由保险单、保险条款、投保单影像件等组成。现由我公司销售人员送达您处（保险合同号码：2025440600D7G400001471），请签收。请您在收到保险合同后仔细核对有无缺页或遗漏，检查合同内容特别是联系资料与您的投保要求是否一致，并请仔细阅读保险条款，我公司将根据投保单上留存的联系资料提供后续服务。您可以行使如下权利：

- 请仔细审阅保险合同的全部内容，如有疑问或发现错误，可立即向我公司咨询、提出更正。
 - 如果被保险人在保险期间内，发生保险责任范围内的事故，请及时通知我公司，并按照保险条款规定准备有关资料，以便我公司快捷地为您提供服务。
 - 自合同成立、我公司收取保险费且保单生效后，将根据监管要求和您的需求依法为您开具发票，请您联系我公司。
- 衷心感谢您对我公司的信任和支持！

中国人寿保险股份有限公司广东省分公司

2024年12月31日

销售人员：涂秀丽

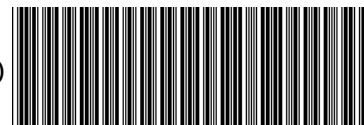
销售人员代码：44060087500684

客户服务专线：95519

第15页，共16页

保险合同送达书（团体短险）

回执（公司联）



1209244490303557

本投保人已收到贵公司销售人员涂秀丽送达的保险合同（保险合同号码：2025440600D7G400001471），并确认如下事实：

- 本投保人收到的保险合同包括保险单、保险条款、投保单影像件等，并已了解和认可保险合同的全部内容。
- 保险合同内容特别是联系资料无误，且本投保人愿意接受贵公司通过投保单上留存的联系资料提供后续服务。
- 贵公司销售人员已向本投保人明确说明保险条款内容，并详细解释免除保险公司责任的条款。本投保人已仔细阅读、充分了解并完全接受保险条款，包括免除保险公司责任条款的所有内容。同时，本投保人再次向贵公司郑重声明：投保单上有关被保险人和投保人的情况均属事实，若有虚假愿承担相应的法律责任。

投保人签收：

合同签收日期： 年 月 日

销售人员签收：

回执签收日期： 年 月 日

受理人签名：

收到回执日期： 年 月 日

保险合同送达书（团体短险）

回执（销售人员联）

保险合同号码：2025440600D7G400001471

受理人签名：

收到回执日期： 年 月 日

销售人员：涂秀丽

销售人员代码：44060087500684

本 页 空 白

