

投保声明书

阳光财产保险股份有限公司昆明中心支公司：

我单位以团体投保方式，在贵公司投保团体意外伤害保险，（投保单流水号： / ）。

贵公司销售人员已将被保险人必须表示知晓并同意保险事宜的相关法律条文、保险合同的条款内容及有关事项向我单位经办人作了详细说明，经我单位确认无误。

我单位现承诺：在向贵公司投保、提出保全及理赔等申请时，我单位已将保险责任、保险金额、保险费、责任免除、被保险人义务、解除合同、受益人等有关情况告知了各被保险人。所有申请均已得到被保险人的同意，办理授权业务时提供的被保险人证件号或账号也均真实有效，且均由被保险人本人所有。因此，在保险有效期内，凡发生被保险人以未经其本人同意办理保险为由而引发的法律纠纷，与贵公司无关，本单位将承担相关法律责任。

投保单位盖章：中高后勤服务（云南）有限公司

2025年9月11日



中高后勤服务（云南）有限公司

序号*	姓名*	证件类型*	证件号码*	出生日期 (YYYY-MM-DD)*	年龄*	性别*	职业类别
1	沈国良	居民身份证	5329262002	2002-10-15	22	男	储备干部
2	刘领	居民身份证	5321281998	1998-06-15	27	女	储备干部
3	李彪	居民身份证	5325012003	2003-03-14	22	男	储备干部
4	王智梅	居民身份证	5329272001	2001-02-20	24	女	储备干部
5	字成梅	居民身份证	5335212000	2000-11-28	24	女	储备干部
6	李亭浩	居民身份证	5303022002	2002-08-07	23	男	储备干部
7	杨梦琳	居民身份证	5301122002	2002-03-26	23	女	储备干部

投保人盖章：中高后勤服务（云南）有限公司

日期：2025年9月



根据《保险公司偿付能力监管规则第15号：偿付能力信息公开披露》的要求，现将阳光财产保险股份有限公司最近季度的偿付能力信息披露如下：2025年第二季度综合偿付能力充足率为247%，核心偿付能力充足率为177%，2025年第一季度风险综合评级结果为AA类，偿付能力充足，符合监管要求。



意外险和健康险投保单（团体）

投保单号：T2458270020250016947

投保须知	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，权衡保险需求和交费能力后再作出投保决定，填写投保单。填写内容说明：在□上加上“√”，请在空白栏处填写相应信息，空白无效。					
以下信息是本公司为您提供理赔及售后服务的重要依据，请务必详实填写						
投保情况	□新保■续保（上年保单号：12458270020240027109			股东业务标识	非股东	
保险期限	自2025年09月14日0时起，至2026年09月13日24时止。					
投保人资料	客户类型	团体客户	组织机构代码		91530111550112330L	
	客户中文名称	中高后勤服务（云南）有限公司				
	地址	云南省昆明市官渡区世纪城金源国际商务中心2幢6A号		联系人		
	邮编	650011	固定电话		移动电话	
	单位人数（人）	7	主被保险人人数（人）	7	连带被保险人人数（人）	0
缴费方式：单位缴费	缴费：	付款方式：				
告知事项	健康告知事项（投保健康险时，需填写此栏）： 1、有无员工目前尚在病假中？□有□无 2、近一年有无因患病而不能全勤工作或减轻劳动量的员工？□有□无 3、现在或过去有无患肿瘤、癫痫、脑震荡、精神病、心脏病、高血压、血管硬化、中风、糖尿病、肾病、性病等生殖泌尿系统疾病、哮喘、肺结核等呼吸系统疾病，胃、肝、胆、肠等消化系统疾病，血液病、艾滋病、心疼、神经系统疾病、甲状腺疾病以及任何骨骼系统方面的异常、失能等病症的员工？□有□无 4、过去五年内曾患有子宫、乳房、卵巢等生殖系统方面疾病的女员工？□有□无 5、有无身体残障的员工？□有□无 上述健康告知若有任一被保险人回答有，请在“□有”打√并详述或填写个人的告知声明书。					
其他告知事项	其他告知事项： 1、过去两年内是否曾被保险公司解除合同或申请投保人身保险或健康保险而未被接受、延期或附加条件承保中？□是□否 2、在上一年度中，有无保险？若有保险，请填写下栏： 保险费合计：意外险理赔金额：健康险理赔金额：累计理赔金额： 上述询问若回答有，请详述： 3、未成年人是否在本公司及其他保险公司已经参保的以死亡为给付保险金条件人身保险？ □是，已参保保额合计元□否 若已参保，则各保险合同约定的被保险人死亡给付的保险金额总和已经达到限额的，本公司不再承保；尚未达到限额的，本公司就差额部分进行承保，差额部分=监管约定的未成年被保险人死亡给付的保险金额限额-各保险合同约定已承保的保险金额。					



争议解决方式 ☐提交仲裁委员会仲裁 ☒诉讼										
方案类别	主险/附加险	条款名称及代码	险种责任	免赔额/天数(元/天)	赔付比例/日给付金额(元)	职业(工种)	职业类别	每人保额(元)	人数(人)	保费(元)
1	主险	阳光财产保险股份有限公司团体意外伤害保险(2022版)条款	意外伤害身故	—/0	100/0	机关外勤		600,000	7	764.75
1	主险	阳光财产保险股份有限公司团体交通工具意外伤害保险(2023版)条款	基本部分:飞机意外伤害身故、残疾	—/0	100/0	机关外勤		1,200,000	7	17.36
1	主险	阳光财产保险股份有限公司团体交通工具意外伤害保险(2023版)条款	基本部分:轮船意外伤害身故、残疾	—/0	100/0	机关外勤		600,000	7	13.02
1	主险	阳光财产保险股份有限公司团体交通工具意外伤害保险(2023版)条款	基本部分:火车(包括地铁、轻轨、城市铁路)意外伤害身故、残疾	—/0	100/0	机关外勤		600,000	7	13.02
1	主险	阳光财产保险股份有限公司团体交通工具意外伤害保险(2023版)条款	基本部分:汽车意外伤害身故、残疾	—/0	100/0	机关外勤		300,000	7	10.85
1	主险	阳光财产保险股份有限公司团体意外伤害保险(2022版)条款	意外伤害残疾	—/0	100/0	机关外勤		600,000	7	0.00
1	附加险	阳光财产保险股份有限公司附加团体意外伤害住院津贴保险B款(2022版)条款	意外伤害住院津贴	—/3	100/120	机关外勤		21,600	7	637.00
1	附加险	阳光财产保险股份有限公司附加团体意外伤害医疗保险(2022版)	意外伤害医疗	100.00/0	100/0	机关外勤		180,000	7	637.00
1	附加险	阳光财产保险股份有限公司附加猝死保险(团体保险适用)(2022版)	猝死	—/0	100/0	机关外勤		120,000	7	637.00



合计	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2,730.00
币别信息	汇总币别: CNY			支付币别: CNY						
期次	缴费原因	缴费起期	缴费止期	币别	应缴金额	实缴金额				
1	签单收保费			CNY	2,730.00					
特别约定	本保单保险费为含税保费,其中不含税保费2647.58元,增值税82.42元。 1、本保单承保的被保险人年龄范围为16-65周岁。 2、被保险人实际投保的险种及对应保额以保单显示的额度为准。 3、被保险人因遭受意外伤害事故并在医院进行治疗,保险公司就其事故发生之日起一百八十天内实际支出的,符合被保险人医保所在地的基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录及服务设施范围和支付标准的必需且合理的医疗费用扣除免赔额100元后按100%的比例给付意外伤害医疗保险金; 4、本保单意外伤害医疗责任扩展承保不属于社保范围内的乙类医疗费用,赔偿限额为意外伤害医疗保额的10%,每次事故产生的社保外乙类医疗费用,扣除免赔额100元后按100%的比例进行给付。 5、意外住院津贴责任,每份保额120元/天,每次事故免赔额3天,最多赔付90天,保险期限内累计最多赔付180天。 6、本保单不承保以下地区所有医院发生的治疗费用,以及在下列住院的住院津贴:1)河北省的青县、青龙县、东光县、廊坊市固安县所有医院、邯郸市馆陶县人民医院、承德市兴隆县人民医院;2)河南省内黄县第二人民医院、内黄县人民医院、内黄县中医院、新乡市中医院、新乡市第二人民医院、焦作市第五人民医院、河南许昌县人民医院、河南濮阳县第二人民医院、河南省开封市通许第一医院、商水县人民医院;3)山东省莱州市人民医院、莱州市中医院、莱州市郭家店中心卫生院、滨州市中心医院、烟台市中医院、栖霞市所有医院、威海市(除威海市立医院)所有医院;4)北京市的平谷区、密云区、怀柔区所有医院;5)四川省宜宾市所有医院、四川省的雅安市雨城区人民医院、雅安市第二人民医院;6)吉林省四平市第一人民医院、吉林省四平市梨树县第一人民医院、吉林省四平市中医医院、长春市中心医院;7)福建中医药大学附属南平人民医院、福建医科大学附属南平第一医院;8)安徽省宿州中煤矿建总医院;9)甘肃省宁县人民医院;10)天津市的静海地区所有医院; 7、意外伤害残疾赔付标准,按照保单主险条款所附《人身保险伤残评定标准(行业标准)》(中保协发(2013)88号)中意外伤害残疾一至十级对应给付比例分别为意外伤害保额的100%,90%,80%,70%,60%,50%,40%,30%,20%,10%。保险合同中其他条款与本特别约定存在不一致的,以本特别约定为准。 8、本保单被保险人从事高处作业(凡在坠落高度基于100摄氏度)、强腐蚀性特种作业工种,未取得对应的特种作业证书进行特种作业操作引准面10m以上(含10m)有可能坠落的高处进行的作业)过程中发生的事故为除外责任。“高处作业”以《高处作业分级标准》(中华人民共和国国家标准GB 3608—2008)中的定义为准。针对涉及高空(凡在坠落高度基准面2m及以上)、高压(大于等于220V)、高温(大起的意外事故,保险公司不承担保险责任。特种作业的相关定义以国家《特种作业人员安全技术培训考核管理办法》为准。 9、本保单若被保险人出险时的职业类别高于投保时告知保险人的职业类别的,保险人不承担保险责任。 犹豫期:犹豫期是从投保人收到保险单并书面签收日起10日内的一段时期。在犹豫期内,投保人可以无条件解除保险合同,保险公司除扣除10元的成本费外,应退还全部保费,并不再对此收取其他任何费用。 投保人及被保险人声明: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。本人已仔细阅读、理解客户保障声明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事实,并无欺瞒,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,贵公司有权根据《保险法》有关规定处理。 投保人(已获得被保险人授权)同意并授权:本投保人兹声明,本人已领取了保险人《个人信息保护政策》,在保险人遵循合法、正当、必要原则的基础上,同意授权保险人按《个人信息保护政策》收集、使用、存储、传输、共享、转移、公开、委托处理个人信息。									
法定代表人签字或授权人签字:		吴安祺		投保人签章:		投保日期: 2025年09月11日				
以下内容由保险公司填写,客户无需填写										
归属部门代码或名称	云南省分公司昆明中心支公司东川营销服务部团客综合发展业务1部			渠道类型	0022 渠道类型 团体客户渠道					



业务归属	代理人/经纪人代码或名称	常河	业务来源	个人代理				
业务人员	业务员代码		业务员签字					
	业务员比例							
中介销售人员				是否上门投保 ☐ 是 ☐ 否				
银行网点		服务区域	☐ 是 ☐ 否	商机编码				
会员卡号				特殊业务标识				
建工意外险须填写	建筑渠道:							
健康险专项业务须填写	☐ 新农合 ☐ 新农合补充 ☐ 城镇职工基本医疗 ☐ 城镇职工补充医疗 ☐ 城镇居民基本医疗 ☐ 城镇居民补充医疗 ☐ 医疗救助 ☐ 企事业团体补充医疗							
审核意见	审核人签字		审核日期					
备注:特殊业务标识: ☐ 异地业务(跨省) ☐ 总部业务 ☐ 统保业务 ☐ 政策性业务 ☐ 从联从共业务								
联共保业务请填写以下信息								
联共保标志: 非联/共保								
共(联)保信息	序号	主保单号码	联/共保身份	是否首席	联/共保人机构代码	联/共保人名称	出单费	联/共保份额(%)
投保单是否填写完整? ☐ 是 ☐ 否								
特别约定是否填写齐全? ☐ 是 ☐ 否								
投保资料: ☐ 投保单 ☐ 施工合同 ☐ 人员名单(按人数投保) ☐ 其他资料								
确认意见	确认人签字		确认日期					
备注:								

