

附件 27 《实习生保险合同和发票》



1209204390048882



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

团体保险投保单

销售机构号码:430430
销售渠道:个人代理
代理机构名称:
代理机构号码:
销售人员姓名:方蛟蛟
销售人员代码:12058

投保人客户号:2020430430701693839

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(客户服务热线: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咨询,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或保险条款相违背或增补的销售人员说明及解释均无效,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。
- 公司已向您提供最新季度的偿付能力相关信息,请您仔细阅读。

单位/团体名称	湖南强智科技发展有限公司		行业类别	服务业
证件类型	营业执照	证件号码	91430100788000101A	传真
通讯地址	湖南省长沙市岳麓区 高新开发区文轩路27号麓谷钰园C4栋5 层505号		邮政编码	410000
成员总数	200 人	在职人数	200 人	投保人数 200 人
职业类别		联系人姓名	刘炼	联系人手机 15574832437
联系人电子邮件	258682951@qq.com		联系人固定电话	
被保险人总数	200 人			

1. 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。
2. 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)。
3. 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。
4. 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。

险种名称	总保险金额 (元)	总保险费 (元)	被保险人 (人)	保险期间	缴费期间
国寿绿洲团体意外伤害 保险(A型)(2013版)	24000000.00	7000.00	200	1-年	1-年
国寿附加绿洲意外费用 补偿团体医疗保险 (2013版)	2600000.00	13000.00	200		
保险费合计	(大写)贰万元整 (小写)20000.00			币种	<input checked="" type="checkbox"/> 人民币 <input type="checkbox"/> 其他
保单性质	<input checked="" type="checkbox"/> 新单投保 <input type="checkbox"/> 续保保单		指定生效日	<input checked="" type="checkbox"/> 指定为 2020年09月01日 <input type="checkbox"/> 不指定	
交费方式	<input checked="" type="checkbox"/> 一次性交清/趸交 <input type="checkbox"/> 年交 <input type="checkbox"/> 半年交 <input type="checkbox"/> 季交 <input type="checkbox"/> 月交 <input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> 其他				
交费形式	<input type="checkbox"/> 银行转账 <input checked="" type="checkbox"/> 支(汇)票 <input type="checkbox"/> 银行代收 <input type="checkbox"/> POS机 <input type="checkbox"/> 现金 <input type="checkbox"/> 其他				
交费开户银行	上海浦东发展银行	交费账户开户名称	湖南强智科技发展有限公司	账号	6615015480000716
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 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,此处不必填写)				
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)				

公共保额使用范围: 不选择公共保额(不必填写公共保额内容。) 不包括连带被保险人 包括连带被保险人

公共保额	<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;	合计保额: 元
公共保险费	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"/> 详见附件		

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)

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	

1. 投保单位是否已在我公司投保其它人身保险?(若“是”,请在下表中,详细说明。) 是 否:

险种名称	保险单号码	保险单生效日期
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
2. 过去三年是否向保险公司索赔过? (若“是”请在备注栏列明索赔险种、索赔时间、索赔原因及索赔人数。) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
3. 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		
4. 参加投保的被保险人是否患有以下疾病? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否: a. 恶性肿瘤 b. 心脏病(心功能不全II级以上) c. 心肌梗塞; d. 高血压(II级以上) e. 白血病 f. 肝硬化; g. 慢性阻塞性支气管疾病 h. 脑血管疾病 i. 慢性肾脏疾病; j. 糖尿病 k. 再生障碍性贫血 l. 先天性疾病(见条款中释义部分); m. 精神病或精神分裂 n. 癫痫病 o. 身体残疾; p. 妇科疾病 q. 其它疾病 r. 是否曾因病全体或半休;		
5. 是否有长期病假, 长期接受治疗或住院治疗人员参加本次投保?(若“是”, 有 人) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否;		
6. 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;		
7. 保险金额分配规则: <input type="checkbox"/> 均一保额 <input type="checkbox"/> 按年收入 <input type="checkbox"/> 按职位 <input type="checkbox"/> 综合了多种因素(请在备注栏列明)		
(说明: 4.5.6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)		
备注:		
注册地: 中国 部门类型: 其他企业和个人		
1、《国寿绿洲团体意外伤害保险(A型)(2013版)》、《国寿绿洲团体意外伤害保险(B型)》、《国寿附加绿洲意外伤害医疗保险(2013版)》为可选项, 对于已获得医保补偿的, 免赔额为100元, 赔付比例90%; 未获得医保补偿的, 免赔额为200元, 赔付比例70%。 2、《国寿附加绿洲意外住院定额给付团体医疗保险(2013版)》为可选项, 按实际住院天数给付。单次赔付以90天为限, 累计赔付180天为限。 3、《国寿附加绿洲意外住院定额给付团体医疗保险(B款)》为可选项, 等待期30日。 4、《国寿新绿洲团体定期寿险(B款)》为可选项, 等待期30日。 5. 被保险人承保年龄范围: 18-65周岁(含)。 6. 本产品投保范围: 1-6类(含)职业。 7. 1-4类(含)职业被保险人至少3人以上; 5类-6类(含)职业被保险人至少10人以上。 8. 被保险人职业或工种发生变更, 应及时告知我司并进行保全变更; 出险时职业类别应与投保时或保全变更后的职业类别相符或相近, 否则发生保险事故时, 我司不承担给付保险金责任。 9. 责任扩展: (1) 自本合同生效之日起, 被保险人经医院确诊感染新型冠状病毒, 并因感染新型冠状病毒导致被保险人身故或者伤残, 本公司按照合同约定的保险金额给付身故和伤残保险金, 本合同对该被保险人的责任终止。 (2) 责任免除: 在本合同生效日前被保险人已经医院确诊或疑似感染新型冠状病毒, 并在本合同保险期间内因感染新型冠状病毒导致身故或伤残的, 本公司不承担责任扩展。 (3) 释义: (A) 医院指国家各级卫生主管部门公布的感染新型冠状病毒的医疗救治定点医院。 (B) 新型冠状病毒是指世界卫生组织命名的“2019新型冠状病毒”。感染新型冠状病毒需由国家卫生行政机关指定的医院或者国家正式卫生检疫机构确诊。 (4) 因感染新型冠状病毒导致被保险人身故, 申请身故保险金时, 除条款所述材料外还需提供: (A) 医院出具的确诊感染新型冠状病毒的《诊断证明》; (B) 医院出具的因感染新型冠状病毒身故的《医学死亡证明》。		
<p>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。</p> <p>被保险人或其监护人兹同意授权凡知道或拥有任何有关其本人健康医疗及相关情况的任何医生、医院、保险公司、其他机构或人士, 均可将所需的有关资料, 提供给中国人寿保险股份有限公司, 本授权书的影印本也同样有效。</p> <p>特授权本投保单所填写的联系人(身份证号: 430623199606144526)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。</p>		
投保人或被授权人签字	刘保	投保人盖章
		投保申请日期: 2020年08月28日

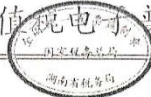
健康险专项: 受理机构: 经办:



9-8



湖南增值税电子普通发票



发票代码: 043001900111
 发票号码: 13806318
 开票日期: 2020年09月14日
 校验码: 07831 60010 51702 68844

机内码: 499099576215

购买方	名称: 湖南强智科技发展有限公司 纳税人识别号: 91430100788000101A 地址、电话: 开户行及账号:				密码区	034-/6-/ *++<84</-++<5>1>*6< * 8->2405></1>77*322*-7-<+584- 837<>+*8/-21//590/0/9+*440-7 3481-3/13401399+1943800757<*			
	货物或应税劳务、服务名称	规格型号	单位	数量		单价	金额	税率	税额
	*保险服务*其他人身保险服务	2020430430818400554304	件	1	6603.77	6603.77	6%	396.23	
合计						¥6603.77		¥396.23	
价税合计(大写)		柒仟元整			(小写) ¥7000.00				
销售方	名称: 中国人寿保险股份有限公司衡阳分公司 纳税人识别号: 914304008850706896 地址、电话: 衡阳市高新开发区解放大道20号、8812998 开户行及账号: 中国建设银行股份有限公司衡阳市分行43001550064052508749				备注	2020430430818400554304			
	收款人: 张启兰 复核: 曹莲英 开票人: 系统 销售方								

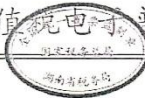


扫描全能王 创建

98



湖南增值税电子普通发票



发票代码: 043001900111
 发票号码: 13806319
 开票日期: 2020年09月14日
 校验码: 00689 11145 28083 59295

机器编号: 499099576215

购 买 方	名称: 湖南强智科技发展有限公司 纳税人识别号: 91430100788000101A 地址、电话: 开户行及账号:		密 码 区	038442+7779>-509>1+936781-<7 054<07>/1<+6-+/-18-44/97*6-1 43/419+--+3991+>*9+7626+8-*57 >>84<-365*01399+19<60228+<<*				
货物或应税劳务、服务名称 *保险服务*一年期以上寿险及人身意外伤害和健康保险服务		规格型号 2020430430818400554304	单 位 件	数 量 1	单 价 13000	金 额 13000.00	税 率 免税	税 额 ***
合 计						¥ 13000.00	***	
价税合计(大写)		壹万叁仟元整			(小写) ¥13000.00			
销 售 方	名称: 中国人寿保险股份有限公司衡阳分公司 纳税人识别号: 914304008850706896 地址、电话: 衡阳市高新开发区解放大道20号、8812998 开户行及账号: 中国建设银行股份有限公司衡阳市分行43001550064052508749		备 注	2020430430818400554304				

收款人: 张启兰

复核: 曹莲英

开票人: 系统

销售方



扫描全能王 创建