



中国羽毛球队
CHINA BADMINTON TEAM



光大永明人寿
Sun Life Everbright Life



中国国家羽毛球队首席赞助商

保险合同



光大永明人寿保险有限公司
Sun Life Everbright Life Insurance Co., Ltd.

保 险 单

保险合同号: [REDACTED]

保险合同生效日: [REDACTED]

币种: 人民币

交费方式: 年交

投保人姓名: [REDACTED] 性别: [REDACTED] 出生日期: [REDACTED] 证件号码: [REDACTED]

被保险人姓名: [REDACTED] 性别: [REDACTED] 出生日期: [REDACTED] 证件号码: [REDACTED]

身故受益人资料: 被保险人的法定继承人

险种名称	保险期间	基本保险金额	交费期间	保险费
光大永明健康无忧A款重大疾病保险	至2086年08月01日	50,000.00元	5年	493.50元/年
每期保险费合计: 人民币肆佰玖拾叁元伍角				493.50元/年

保险责任

保险责任详见保险条款。

特别约定:

●根据监管规定: 父母为其未成年子女投保以死亡为给付保险金条件的, 身故保险金总和不得超过保险监督管理机构规定的最高限额。我公司仅对于身故保险金总和尚未达到限额的差额部分进行承保, 其计算方法为: 本保险单被保险人最高可承保的身故保险金=保险监督管理机构规定的最高限额-被保险人过去已承保的身故保险金。现金价值、已交保险费、投资连结型及万能型产品的账户价值等可不计为身故保险金。

条款类部分 (蓝色字体可点击查阅)

[光大永明健康无忧A款重大疾病保险条款](#)

服务类部分 (蓝色字体可点击查阅)

[人身投保提示书](#)

[服务指南](#)

本保险合同包含以上资料, 点击链接文件可选择在线阅读或下载



为保障您的权益, 请您仔细阅读保险合同, 并重点关注客户资料、保险责任、责任免除等相关信息。为确保您的保单权益, 请及时拨打本公司服务热线、登录网站或到客户服务中心进行查询, 核实保单信息。

销售机构/代理机构: 明亚保险 QBD01

保险公司服务地址: 北京市丰台区西三环南路14号院2号楼9层

全国统一服务热线: 95348

公司网址: <http://www.sunlife-everbright.com>

保险合同成立日期: 2019年08月02日



光大永明人寿保险有限公司

现金价值表

保险合同号: [REDACTED]

保险合同生效日: [REDACTED]

险种名称: 光大永明健康无忧A款重大疾病保险

币种: 人民币

单位: 元

保单年度末	现金价值	保单年度末	现金价值	保单年度末	现金价值
1年度	67.50	38年度	4,083.50		
2年度	204.00	39年度	4,236.00		
3年度	406.50	40年度	4,387.50		
4年度	655.00	41年度	4,536.50		
5年度	936.00	42年度	4,682.00		
6年度	978.00	43年度	4,822.00		
7年度	1,023.00	44年度	4,955.00		
8年度	1,070.50	45年度	5,079.50		
9年度	1,121.00	46年度	5,193.50		
10年度	1,174.00	47年度	5,295.00		
11年度	1,230.50	48年度	5,383.00		
12年度	1,289.50	49年度	5,454.50		
13年度	1,351.50	50年度	5,507.50		
14年度	1,417.00	51年度	5,538.50		
15年度	1,485.00	52年度	5,544.50		
16年度	1,556.50	53年度	5,522.50		
17年度	1,631.00	54年度	5,469.50		
18年度	1,709.00	55年度	5,383.00		
19年度	1,790.00	56年度	5,260.50		
20年度	1,874.50	57年度	5,100.00		
21年度	1,962.50	58年度	4,898.00		
22年度	2,054.00	59年度	4,651.50		
23年度	2,149.00	60年度	4,356.00		
24年度	2,248.00	61年度	4,005.50		
25年度	2,350.50	62年度	3,593.50		
26年度	2,458.00	63年度	3,104.50		
27年度	2,569.50	64年度	2,519.50		
28年度	2,685.50	65年度	1,814.00		
29年度	2,807.00	66年度	981.50		
30年度	2,933.00	67年度	0.00		
31年度	3,064.00				
32年度	3,199.50				
33年度	3,339.50				
34年度	3,483.00				
35年度	3,630.00				
36年度	3,779.50				
37年度	3,931.00				

重要提示:

- (1) 本表所列现金价值为各保险单年度末的现金价值。
- (2) 投保人申请解除合同时, 本公司将退还解除合同当时的保险单现金价值净额。如有不明之处, 请向本公司咨询。

人身保险投保书

保单号: [REDACTED]

投保书号: [REDACTED]

客户须知:

- 1、为确保您的利益,请您浏览所投保的保险条款,其中您须特别注意“免除保险人责任条款”和“犹豫期与合同解除权条款”。
- 2、投保过程中所询问的事项,须向我们如实告知。若有任何隐瞒或遗漏,一经发现,本公司可以依法解除保险合同,对保险合同解除前发生的保险事故不承担保险责任。
- 3、您填写的信息须真实有效。如您不提供真实、完整客户信息可能带来的后果将自行承担。如果您的邮寄地址、电话等个人信息发生变化,应及时联系本公司办理变更。客户年龄、邮寄地址和电话等信息的采集,其用途包括但不限于计算保费、核保、寄送保单和客户回访等。
- 4、投保时填写的电子邮箱将视为真实有效的,本公司发送电子保单的同时将视同您已阅读并签收保单回执。
- 5、您提交的投保信息和交付保险费的行为均为您的投保申请,如本公司审核通过后,将签发电子保险合同,并自电子保险合同上载明的生效日起开始承担保险责任,保险单周年日以该日期为基础计算。
- 6、如被保险人因疾病或意外住院,须在本公司认可的医疗机构就诊(抢救、急救除外),否则本公司将不承担任何保险金给付责任。
- 7、本公司将严格保障您个人信息资料的安全性,在未经您同意的情况下,不会将您的信息用于任何第三方机构的销售活动。

被保险人		投保人
姓名/性别	[REDACTED]	[REDACTED]
出生日期	[REDACTED]	[REDACTED]
国籍/证件类型	中国/居民身份证	中国/居民身份证
证件号码	[REDACTED]	[REDACTED]
证件有效期限	[REDACTED]	[REDACTED]
职业/年收入(万元)	[REDACTED]	[REDACTED]
工作单位	-	-
电子邮箱	-	[REDACTED]
移动电话	[REDACTED]	[REDACTED]
联系地址	-	[REDACTED]
投保被保险人关系		子女

转账银行: [REDACTED]

银行存折/卡号: [REDACTED]

身故保险金受益人 (建议您指定受益人,否则身故保险金将作为被保险人的遗产,申请理赔时,我司会要求索赔权利人提供合法继承人身份证明的法律文件。建议您最好明确各受益人的受益顺位和受益比例,且同一顺位的受益比例之和应为100%,否则我司将按照所有指定受益人人数以同一顺位相同比例分配受益权益。)

被保险人的法定继承人

险种名称	保险期间	交费年限	缴费方式	基本保险金额(元)	保险费(元)
光大永明健康无忧 A款重大疾病保险	[REDACTED]	5年	年交	50,000.00元	493.50元/年

被保险人相关告知事项

1、您是否从事或经常参与滑翔飞行、私人飞行、驾驶航空机具、潜水、滑水、滑雪、登山、跳伞、马术、特技表演及赛车等危险运动或赛事?是否正在或正计划前往危险地区或国家(如正在或经常发生自然灾害、病疫、战乱、动乱、种族冲突、政局动荡)?是否在投保或复效时被拒保、延期、加费或除外责任承保?您是否有寿险公司重疾险理赔经历?是否累计投保重疾险产品保额超过100万?

2、您最近2年内是否因健康异常发生过住院或手术，或由体检医师或医生给您提出住院或手术的建议？此处所述住院治疗或手术不包含咽喉炎、鼻炎、扁桃体炎、单次发作已痊愈的肺炎、上呼吸道感染、阑尾炎、脂肪瘤、骨折（非颅骨骨折）、急性胃肠炎或非萎缩性胃炎、顺产手术、胆囊炎、剖腹产。

3、您目前是否患有或过去曾经患过下列症状、疾病或手术史：

A. 脑、神经系统、精神疾病：脑血管病（包括脑卒中、脑血管畸形）、脑血管瘤、脑炎后遗症或脑膜炎后遗症、脑部良性肿瘤、严重颅脑损伤及其后遗症、阿尔茨海默病、帕金森病、癫痫、多发性硬化、重症肌无力、精神分裂症、人格障碍、智力障碍、抑郁症、躁郁症、躁狂症。

B. 心血管疾病：高血压（收缩压150mmHg及以上或舒张压100mmHg及以上）、心电图异常、原因不明的胸痛、心绞痛、冠心病、心功能不全、心肌梗塞（梗死）、心肌病、风湿性心脏病、心律失常、主动脉血管瘤。

C. 呼吸系统、消化系统疾病：肺结核、慢性阻塞性肺病、尘肺、弥漫性肺间质纤维化、肺气肿、肺心病、呼吸衰竭；多囊肝、慢性胃炎或胃溃疡、肝功能异常、慢性肝炎、肝硬化、酒精性肝病、胰腺疾病（包括胰腺炎、胰腺囊肿或肿瘤）、溃疡性结肠炎。

D. 泌尿系统、内分泌、血液系统疾病：肾功能异常、多囊肾、慢性肾炎、肾萎缩、肾病综合症、尿毒症、白血病、淋巴瘤、血友病、再生障碍性贫血、恶性组织细胞病、紫癜、糖尿病、血糖升高、甲状腺疾病、类风湿关节炎、肌肉萎缩、系统性红斑性狼疮。

E. 其他：视力下降、听力下降、视神经病变、视网膜病变；良、恶性肿瘤（含癌前病变、原位癌、白血病、何杰金氏病）；接受过器官移植；法定传染病甲类或乙类；先天性疾病或遗传性疾病；不明原因发热、疼痛及性质不明的体表或体内肿瘤、肿块、息肉、结节、囊肿、赘生物；反复头晕头痛、胸闷、咯血、黑便、浮肿、吞咽困难，最近1年内非因健身、节食及分娩导致的体重减轻超过5公斤，不明原因的声嘶，关节红肿，关节酸痛？

4、您是否吸毒、药物成瘾、化学品滥用、患性病、艾滋病或感染艾滋病病毒，或曾因饮酒、吸烟过度接受治疗？您是否有五官、脊柱、胸廓、四肢、手足畸形、缺损或残疾，瘫痪或植物人状态？

5、在过去2年内您是否存在以下一项或几项检查结果异常，被建议随诊、复检或进一步检查：血常规异常、尿常规检查异常、X光、B超、彩超、CT、核磁共振、内窥镜、病理活检、眼底检查、血液检查。

6、适用于女性被保险人：是否目前妊娠满8个月或存有妊娠异常情况？是否曾患有葡萄胎或其他妊娠滋养细胞疾病宫颈不典型增生；半年内存在阴道异常出血、乳头异常溢液、疼痛、糜烂或回缩、乳房表面皮肤凹陷、皱褶或皮肤收缩症状？

7、适用于不满2周岁的被保险人：是否出生时体重低于2.5公斤；是否出生时曾有早产、难产、窒息、缺氧等异常情况；是否存在智能低下、发育迟缓、脑瘫、反复惊厥、抽搐情况？

备注：以上告知内容均为“否”。

投保人及被保险人/法定监护人声明及授权：

1、本人承诺所填写的信息真实有效，因提供信息与实际情况不符而产生的一切后果由本人承担。贵公司可依法解除保险合同，并对解除合同前所发生的保险事故不承担保险责任。

2、本人已认真阅读并理解所投保产品的条款、产品说明书、投保提示书、客户须知。

3、本人已了解被保险人成年之前，其死亡给付保险金额的总和不能超过保险监督管理机构规定的最高限额。

4、本人接收电子保险合同即认同电子保险合同内容，内容以保险合同条款为准，除由贵公司经正式程序修改或批注的内容外，其他任何人的口头及书面陈述、报告或合约，贵公司不需承担任何责任。

5、本人已了解保险合同有关资料（如联系方式、银行帐户等）发生变化时，有义务及时通知贵公司，否则造成的损失将由本人承担。

6、本人已认可贵公司从投保人帐户划转需交纳的各期保险费，并将应支付给投保人款项划入该帐户。如因帐户问题导致转帐扣款或付费失败造成损失，由本人承担。

7、本人授权贵公司在进行任何承保、理赔及其他相关保险业务事项时向任何医院、医生、诊所、保险公司或任何组织和机构查阅、调取与本人有关的资料，并可索取相关证明，同时可将本人资料提供给相关单位。

光

大
保
險

永
明
一
生

光大永明人寿保险有限公司
Sun Life Everbright Life Insurance Co., Ltd.

☎ 全国统一咨询热线 95348
www.sunlife-everbright.com
路走网: www.luzou.cn