



中荷人寿  
BOB-CARDIF LIFE

# 中荷人寿保险有限公司

## 网销产品投保人声明书

尊敬的客户：

感谢您对中荷人寿保险有限公司的关爱，投保本公司的保险产品。为保护您的合法权益，请您认真阅读以下内容：

1. 本人即投保人已认真阅读了所购买产品的条款，已经了解保险合同条款的内容，并充分注意到其中的责任免除、合同解除等具体条款；对此，本人即投保人均无异议。
2. 在订立本保险合同时，本人即投保人对被保险人具有保险利益。本人即投保人已就该产品的保险金额、保险责任、责任免除、受益人的指定等内容向被保险人进行了明确说明，并征得了被保险人同意。投保人声明健康告知（如有）内容已与被保险人确认且如实填写，并知悉如果未履行如实告知义务，中荷人寿有权不承担保险责任，一切后果由本人承担。
3. 本人即投保人提出保险申请并经中荷人寿同意承保后，本合同成立。中荷人寿承担的保险责任，自生效日的当日 24 时起生效，具体生效日以保险单上载明的日期为准。网上投保提供电子保单，电子保单与纸质保险单具有同等的法律效力。
4. 本人即投保人接受本保险合同即认同本保险合同内的所有内容，且同意此内容均以保险合同上所载的条款为准，除由中荷人寿经正式程序修改或批注的内容外，其他任何口头陈述、书面报告或合约均认定为无效，中荷人寿不承担由此引发的任何法律责任。
5. 本人知晓，基于客户风险评估的需要，本人知悉并同意授权贵公司将本保险合同项下的投保人、被保人及指定受益人的相关信息，发送到贵公司合作的第三方，调取相关行为、财务、信用、教育、健康等信息用于保险风险评估。本人同意贵公司以电子签名的方式代本人对贵公司合作的第三方进行电子授权。此过程中，贵公司与贵公司合作的第三方保证数据的安全性及保密性。
6. 本人即投保人授权中荷人寿向任何内外科医生、医院、诊所、保险公司或任何组织查询有关投保人及被保险人的资料或索取其它有关证明文件。本人即投保人对本投保单及与投保有关的各类文件及声明均真实有效、确认无误。若与事实不符，中荷人寿有权依据合同条款的约定解除保险合同。
7. 本人即投保人已知悉中荷人寿采集客户信息特别是联系电话和联系地址的用途，包括但不限于计算保费、核保、寄送保单和客户回访等；知悉本人即投保人不提供真实、完整客户信息可能带来的后果，包括但不限于不能及时收到中荷人寿关于保单权益的各类通知及缴费提醒等。中荷人寿对客户信息承担保密的义务，不会将客户信息用于第三方机构的销售活动。
8. 本人为中国税收居民。（中国税收居民个人是指在中国境内有住所，或者无住所而在境

内居住满一年的个人。在中国境内有住所是指因户籍、家庭、经济利益关系而在中国境内习惯性居住。在境内居住满一年,是指在一个纳税年度中在中国境内居住 365 日。临时离境的,不扣减日数。临时离境,是指在一个纳税年度中一次不超过 30 日或者多次累计不超过 90 日的离境。)

9. 本人已阅读保险条款、产品说明书和投保提示书,了解本产品的特点和保单利益的不确定性,并自愿承担保单利益不确定的风险。

10. 本人知悉中荷人寿目前已在大连、北京、辽宁、山东、河南、安徽、天津、上海、江苏、河北等省市设立 9 家分公司、9 家中心支公司共计 48 家分支机构并开展业务,除上述地区以外的客户投保本产品,因材料寄递时效、查勘等原因,可能会影响保险服务的便捷性,影响客户体验;有关本保单的任何查询、投诉以及投保、承保、理赔、保全、退保的办理流程及保险赔款、退保金、保险金的支付方式等均可拨打中荷人寿 24 小时全国统一客户服务专线 400 816 1688 进行咨询,中荷人寿网址为 [www.bob-cardif.com](http://www.bob-cardif.com)。

投保人签名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日