投保须知

一、投保须知

1. 请您和被保险人如实填写各项投保信息并确认； 被保险人为未成年人时，应由其监护人如实告知并确认。当您（投保人）收到保险单时，请再次确认保险合同内容是否属实。

2. 请您详细阅读所投保险种的相关保险条款，特别提醒您注意保险责任、责任免除、犹豫期、保险合同的生效、中止及终止、解除等条款内容，还要了解保险期间、续保、退保、等待期等内容。

3. 以死亡为给付保险金条件的合同，未经被保险人书面同意并认可保险金额的，合同无效。父母为其未成年子女投保的人身保险不受此限制。

4. 根据国务院保险监督管理机构的规定：父母为其未成年子女投保的人身保险，在被保险人成年之前，各保险合同约定的被保险人死亡给付的保险金额总和、被保险人死亡时各保险公司实际给付的保险金总和应符合国务院保险监督管理机构的有关规定。请您仔细计算并如实填写被保险人可投保的身故责任保险金额，以免在申请给付身故保险金时影响您和受益人的合法权益。

5. 请您根据自身财务状况，选择合适的交费期限和交费金额，如果无法持续交纳保险费可能导致合同效力中止或保险合同解除。

6. 我公司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方面。请您务必填写真实信息，如果您的联系地址、电话等个人信息发生变化，应及时联系我公司办理变更。

7. 为了维护您的合法权益，请您务必准确填写本投保单列示的各项信息，包括投保人、被保险人和指定受益人的姓名、性别、出生日期、身份证件或身份证明文件的类别、号码、职业，以及投保人的联系电话、联系地址和被保险人与投保人的关系等。如上述信息发生缺失

或错误，应补充或更正，否则我公司无法受理您的投保申请。如您提供的信息不真实、不完整，将可能无法有效获得我公司提供的服务，甚至导致保险合同的解除。

8. 我公司承诺：未经客户同意，不会将客户信息用于我公司和第三方机构的销售活动。

9. 请您注意一切口头的与保险条款内容不符的说明、承诺或解释，均属无效。

10.保险合同自我公司同意承保、收取首期保险费并签发保险单次日零时起开始生效，具体生效日期以保险单载明的日期为准。

11.我公司采用线上统一方式收取保险费，在您成功支付保费并且我公司审核您的投保信息无误同意承保之后，**我公司将在投保成功提示界面返回您的电子保单信息**，并将您的电子保险合同发送到您在投保时预留的电子邮箱，并以短信的形式通知到您，请注意查收。如有疑问，请您及时致电 956076 与我公司联系。

12.我公司在安徽、北京、福建、广东、河北、黑龙江、湖北、江苏、辽宁、山东、陕西、上海、深圳、四川和浙江地区设有分支机构。

13.您在购买产品过程中，如发现本公司有关人员有违法、违规行为，或认为自身权益受到侵犯，请您保留相关证据并向本公司投诉，投诉电话：956076。

二、投保人与被保险人的声明及授权

1. 本人（投保人）已认真阅读了和谐健康保险股份有限公司（以下简称贵公司）所投保险种的人身保险投保提示、投保须知和所投保险种条款的各项内容，均已理解并同意接受。

2. 本人确认电子投保单各项内容均完整、真实、无误，如有隐瞒或告知不实，贵公司可依据《中华人民共和国保险法》的规定及保险合同的约定解除保险合同，并对保险合同解除前发生的保险事故不承担保险责任。

3. 本人谨此授权贵公司可以向任何知道或拥有本人健康等情况的机构或人员，查阅、复印和了解与投保人及被保险人情况有关的医疗记录、体检报告、病历资料以及其他有关证明文件。贵公司有权对本人进行医疗评估、测试、体检及其他医疗检查，并作为审核本投保单及评估与本投保单内容有关的理赔申请依据。

4. 本人为未成年子女投保多份保险，本人同意保险人按照保险合同生效日的先后顺序在国务院保险监督管理机构规定的限额内予以赔付。若多份保险合同同时生效的，则保险人应按照各自保险金额与保险金额总和的比例在国务院保险监督管理机构规定的限额内予以赔付。

5. 本人同意并授权在依据行业监管及为实现服务目的对上述信息进行合理使用及信息共享。

6. 除法律另有规定之外，本人授权贵公司将根据本条约定查询或收集的、本人提供的以及因保险服务产生的信息（包括本单证签署之前提供和产生的信息），用于贵公司及其因服务必要委托的合作伙伴为本人提供服务。

7. 本人同意保险合同自贵公司承保、收取首期保险费并签发保险单后次日零时起开始生效，具体生效日期以保险单载明的日期为准。

8. 本人已阅读保险条款、产品说明书和投保提示，充分了解并清楚本产品的特点和保险利益的不确定性。（注：适用于投保万能保险、投资连结保险等国务院保险监督管理机构认定的人身保险新型产品）。

9. 本人基于对所投保险种的条款的完全认识和理解，同意如发生有关网上投保险种、保险金额等方面的分歧，以贵公司的电子记录凭证等数据电文作为本投保书成立生效的唯一合法有效凭证，该凭证具有完全证据效力，且同意将电子保单发出之日的当日视为客户签收日。

10. 交费方式及账户授权：

（1）本人同意委托贵公司从本人的授权账户（即投保时留存的银行账户）中扣取本保险合同所需交纳的保险费，并保证有足够的金额支付应交保险费。

（2）本人确认授权的银行账户为投保人本人账户，且账户的开户银行、户名和账号均真实有效，该银行账户作为首期和续期保费交纳账户。

（3）本人同意若因账户挂失、账户冻结、账户余额不足或其他非银行原因造成转账不成功，致使产生保险合同中止、终止等后果或投资账户的费用损失，由此引起的责任概由本人承担。

（4）如本人在同一指定账户内同时授权支付两张或两张以上保险单中的保险费或其他自动转账业务时，本人同意依照贵公司规定的转账顺序转账。

（5）本人投保后若办理退保或退费业务，同意贵公司将应退金额通过银行划转入该账户。

（6）本人因故结清账户，会重新开立账户，并及时通过贵公司进行变更。如本人欲终止本授权，应立即向贵公司递交终止的书面申请，由贵公司知会银行停止转账；若因本人未及时办理账户变更手续而导致退保给付金无法按时给付，则同意贵公司按退保申请日的给付金额支付。

三、服务流程

1.保单形式：本合同采用电子保险单形式承保，您可以通过我司官方网站 http://www.hexiehealth.com 或福家享受 APP 查询保单。若您需要纸质保单或发票，可通过我公司柜面进行申请，详情咨询我公司客服电话 956076。

2．投保流程：填写投保信息—核保通过—支付保险费—查收保单。

3．保单变更及退保：您可登录福家享受 APP 办理或请拨打客服热线 0956076 咨询具体事项。退保金将支付到投保人名下的指定银行卡账户。