**客户授权及声明**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **平安养老保险股份有限公司：**  1. 本单位授权经办人员在本平台代表本单位进行投保操作，所有投保操作和内容已获得本单位授权，由本单位承担相关责任。**下表内所填内容完全属实，如有隐瞒或不实告知，贵公司有权拒绝申请；如事后贵司发现下述信息有不实或虚假之处，由本单位承担全部责任。如因经办人手机号码填写不实或使用中密码泄露产生的全部责任由本单位自行承担。**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 经办人姓名 |  | 经办人手机号码 |  | | 经办人证件类型 | □身份证 □护照  □军官证 □士兵证 | 经办人证件号码 |  | | 经办人座机 | 区号     电话   分机号 | | | | 经办人邮箱 | **@** | | |   2. 本单位承诺所有被保险人均为与本单位有劳动关系的劳动者。**本单位已就该产品的保障内容以及保险金额向被保险人进行了明确说明，并征得其同意，如涉及法律纠纷，由本单位承担相关责任。**  **3. 本单位已就保险事宜与全部被保险人进行了宣导和沟通，凡参与该保险的全部被保险人均符合险种条款所约定的投保条件，并了解保障内容且同意由本单位统一办理投保事项；本单位已认真阅读并正确理解保险条款和投保须知的各项内容，贵司已在投保网页就保险责任条款、免除保险人责任的条款、合同解除条款进行了明确说明；对投保险种条款尤其是保险责任条款、免除保险人责任的条款、合同解除条款、投保须知、特别约定等，本单位均已认真阅读、理解并同意遵守。**  4. 本投保单填写以及所附的被保险人清单的各项内容均属真实，并作为本保险合同的组成部分，如有隐瞒或不实告知，本单位愿意承担由此带来的法律后果。  5. 本单位确认：①本单位投保人员均为与本单位有劳动关系，16-65岁，身体健康、能正常工作和生活、无残疾，且从事1～4类职业的劳动者，**若从事5类及5类以上职业或拒保职业的工作期间发生意外事故的，不属于保险责任范围。**本单位投保人员均为在中国大陆地区有固定居住地的人士投保。②本单位投保人员按其所属职业类别的投保规则投保，若投保人员的职业类别发生变更，本单位将在五个工作日内通知贵司；③本单位投保人员均满足健康告知的要求。  6. 本单位已了解，在投保本产品前应履行相应的如实告知义务并了解相关规定，具体如下：投保人或被保险人应如实填写投保信息，并就贵司提出的询问据实告知, 否则贵司有权根据《 中华人民共和国保险法》 第十六条的规定解除保险合同且不承担赔偿责任：订立保险合同时， 贵司就保险标的或者被保险人的有关情况提出询问的，投保人应当如实告知。投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响贵司决定是否同意承保或者提高保险费率的，贵司有权解除合同。投保人故意不履行如实告知义务的，贵司对于合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿责任，并不退还保险费。投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，贵司对于合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿责任，但退还保险费。  7. 根据《中华人民共和国合同法》第十一条规定，数据电文是合法的合同表现形式。本单位接受贵司提供的电子保单作为本投保书成立的合法有效凭证，具有完全证据效力。  申请单位盖章：  日期： 年 月 日  附：本平台客户服务热线：400-997-9696 |