

腾保保险代理有限公司

客户告知书

(本告知书一式两份，保险代理机构和客户各执一份)

尊敬的客户：您好！

感谢您选择我公司为您办理保险业务。

本公司是根据保险公司的委托，在保险公司授权的范围内专门代为办理保险业务的机构。为了保护您的合法权益，按照监管规定的要求，本公司应履行客户告知义务，现将有关事项告知如下，请仔细阅读，并在回执联签字或盖章确认：

一、公司基本情况

1. 名称：腾保保险代理有限公司
2. 地址：浙江省杭州市西湖区三墩镇紫荆花北路 188 号 1 幢 508 室
3. 许可证名称及机构编码：保险中介许可证，210173000000800
4. 许可证有效期：长期
5. 业务范围：在全国区域内（港、澳、台除外）代理销售保险产品；代理收取保险费；代理相关保险业务的损失勘查和理赔；中国银保监会批准的其他业务。
6. 联系方式：0571-87002775

二、腾保保险代理有限公司服务标准

1. 根据保险监管部门的规定，只有持《保险代理从业人员资格证书》或《保险代理从业人员执业证书》的人员方可从事保险代理业务，您可以要求本公司业务人员出示《保险代理从业人员执业证书》，并可通过登录中国银保监会保险中介监管信息系统查询业务人员持证情况 (<http://iir.circ.gov.cn/>)。

2. 在您签署保险合同前，本公司业务人员会向您解释说明保险合同及保险产品的基本内容，包括但不限于主要保险条款、保险范围、保险期限、保险限额。重点关注保险责任、责任免除、红利分配方式、索赔程序、现金价值、被保险人权利义务、免赔额或免赔率的计算、犹豫期解除合同、宽限期、退保损失、保险新型产品、费用扣除及投资风险，健康保险产品等待期等内容，您可要求本公司业务人员对上述内容进行详细讲解。

3. 请向本公司业务人员了解《中华人民共和国保险法》等法律法规对于索赔

时效、保险公司理赔时限、合同中止与失效、未成年人投保限额、保险标的转让、重复保险等的相关规定，以及提醒客户全面履行告知义务、故意制造保险事故或夸大事故损失、申报年龄不真实等情形导致的法律后果，提醒客户配合电话回访，并由客户书面确认。

4. 根据《中华人民共和国保险法》的规定，保险代理机构根据保险公司的授权代为办理保险业务的行为，由保险公司承担责任。保险代理机构没有代理权、超越代理权或者代理权终止后以保险公司名义订立合同，使投保人有可能相信其代理权的，该代理行为有效，保险公司可依法追究越权的保险代理机构的责任。

5. 本公司已按《保险代理人监管规定》投保职业责任险。

6. 如您发现本公司从业人员存在误导行为及其他损害您合法权益的行为，请注意保留书面证据或其他证据，可拨打本公司投诉电话 0571-87002775 或是拨打保险消费者投诉维权电话 12378 进行反映。

7. 本公司的高级管理人员与被代理保险公司或者其他保险中介机构不存在关联关系。

腾保保险代理有限公司



回 执 联

尊敬的客户，为了充分保障您的权益，请将已下黑体字内容，在方格内进行填写，已表明您已了解投保内容，并自愿投保：

本人已阅本告知书的全部内容，了解并接受包括免除保险公司责任条款等在内的重要事项。

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

投保人签名：

日期：