

职业问卷

被保险人姓名	身份证/护照/军官证号码	投保单号码
--------	--------------	-------

1. 工作单位名称和地址_____
2. 日常工作时间_____
3. 主要工作职责_____
4. 单位主要从事的业务_____
5. 您是否需要从事日常工作职责以外的工作？如是，请详述

6. 您是否需要去外地或国外出差？如是，请详述

7. 目前您月收入_____
8. 除了目前工作单位的所得外，您是否还有其他收入来源？如果有，请说明额外收入数目及来源。

本人谨此声明以上说明属实，并与其他告知事项一样，均构成贵公司之保险合同一部分。

投保人签署

被保险人签署（若为未成年人则由其法定监护人签名）

见证人签署

_____年____月____日 在_____签署