

都邦财产保险股份有限公司
建筑工程投标保证保险投保单

都邦财产保险股份有限公司提示：
尊敬的客户，感谢您向本公司投保。请您仔细阅读本投保单及后附保险条款所载内容，尤其是黑体字标注部分的投保单及保险条款内容，并听取本公司业务人员的说明，如对本公司业务人员的说明不明白或有异议的，请在填写本投保单之前向本公司业务人员进行询问，如未询问，视同已经对本投保单及后附的保险条款内容完全理解并无异议。请您如实填写投保单。您所填写的内容和所提供的材料将构成签订保险合同的要约，并作为本公司评价风险和签发保险单的依据。
注：1、. 投保单所填内容如有涂改，投保人须在涂改处签章（字）方为有效；2、若各项填写空间不足，可在“其他投保说明”栏补充或另附说明。

一、基本投保信息										
投保情况： <input type="checkbox"/> 新投保业务 <input type="checkbox"/> 续保业务（上年保单号：										
投保人（投标人）							联系人			
电话				传真				邮编		
地址						是否小微企业		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
组织机构代码				税务登记证号码						
经营资质		<input type="checkbox"/> 特级 <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级								
被保险人（招标人）							联系人			
电话				传真				邮编		
地址										
组织机构代码				税务登记证号码						
被保险人企业类型： <input type="checkbox"/> 机关 <input type="checkbox"/> 事业单位 <input type="checkbox"/> 社会团体 <input type="checkbox"/> 企业（ <input type="checkbox"/> 国有 <input type="checkbox"/> 集体 <input type="checkbox"/> 三资 <input type="checkbox"/> 私营）										
招标项目		名称				招标文件编码				
		立项文件号				开标时间				
二、主要保险信息										
保险期间：自 年 月 日 时起，至 年 月 日二十四时止，共 日历天。										
保险金额 （投标保证 金额）				保险费率				保险费		
绝对免赔额/率			每次事故绝对免赔额为 元或损失金额的 %，两者以高者为准							
三、其他投保说明										

1、本保险项下，如投保人中标，保险期限终止日期以投保人与招标方签订施工合同之日止；如投标人未中标，保险期限终止日期以招标结果公布之日止。

投保人声明：

1、本人已经仔细阅读本投保单及后附的保险条款，尤其是黑体字部分的投保单及保险条款内容，并对保险人就投保单及后附保险条款内容的说明和提示完全理解，没有异议，并同意接受保险条款的约束，申请投保。

2、本投保单所填各项内容均属事实，同意以本投保单作为保险人签发保险单的依据。

投保人签字（盖章）：

日期： 年 月 日

投标保证保险（凭证）

被保险人：_____（招标人名称）：

鉴于_____招标人名称_____（以下简称“被保险人”）接受_____投标人名称_____（以下称“投保人”）于_____年_____月_____日参加_____（项目名称及标段）_____施工的投标，并向我方投保建设工程投标保证保险（保险单号_____）。我方愿意无条件地、不可撤销地就投保人参加本项目投标，向被保险人提供投标保证保险。

兹承诺，在收到被保险人书面通知，说明下列事实中的任何一条时，保证在7日内无条件地给付被保险人金额为不超过人民币_____（金额大写：人民币_____元整）的款项。

- 1、投保人在投标有效期内撤销或修改其投标文件的；
- 2、投保人中标后，非因不可抗力原因放弃中标、无正当理由不与招标人订立合同、在签订合同时向招标人提出附加条件、或者不按照招标文件要求提交履约保证金的；
- 3、投保人中标后，因违法行为导致中标被依法确认无效的；
- 4、法律、法规规定的其他没收投标保证金情形。

本保险在投标有效期到期后 28 日（含）内或被保险人延长投标有效期后的到期日后 28 日（含）内保持有效，延长投标有效期无须通知本保险人，但任何索款要求应在投标有效期内送达我方。保险失效后请将本保函交投标人退回我方注销。

本保险项下所有权利和义务均受中华人民共和国法律管辖和制约。

保 险 人 名 称：_____（盖单位章）

法定代表人或其委托代理人：_____（签字或盖章）

地 址：_____

邮政编码：_____

电 话：_____

传 真：_____

日期：_____年_____月_____日