

### 中信保诚人寿保险有限公司

## 团体保险人员名册(A款) (福利金生版)

投保人: \*\*\*公司

保单号码:						088	顶定生效日: 年 月 日(须为受理日之后,空白视为受理日)									本页人	数:	人; 第	页共 页		
选	序号	姓 名 (与身份证件	性别	国籍	证件	证件号码	起始日	证件有效期截 止日	五生日朔			与投保单 位关系	手机号码	电子邮箱	联系地址 是否为单 位地址	个人账户 交费金额	眷属被保险人必填栏 主被保险			生效日期	被保险人
项	亏	一致)			大王												人姓名	主被保险人证件号码	关系 (24时)	(24时)	签名
	1	张三	女	中国	身份证	430101*******0304	2022-12-18	2042-12-18	1981-11-10	机关内勤	1	1	13713737***	zhangsa@mail.com	是	0					
	$\sqcup$																				
	$\vdash$																				
																		\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \			

#### 填写说明及签章栏位:

- 1. 此表适用于保单约定被保险人的身故受益人为其法定继承人。
- 2. 预定生效日并非最终确定之生效日,最终确定之生效日由保险公司核保认定。
- 3. 加保者填写所有栏目资料,退保者填写姓名及证件号码即可。
- 4. 选项: 1-加保、2-退保、3-被保险人资料变更。若不填写视为新契约。
- 5. 国籍: 非中国籍及港澳台居民须具体填写。若不填写视为中国籍。
- 6.证件有效期起始日、证件有效期截止日: 当被保险人在交费期内累计保费达到人民币20万以上(含20万)时 13.个人账户交费金额:填写个人账户交费的金额(单位:元),若不填写视为0元。 请填写证件有效期起始日及截止日,若长期有效,截止日请填写"长期"。
- 7. 工作内容描述: 指被保险人所从事工作的具体范围或内容。

- 8. 职业等级:根据被保险人的工作内容描述做出的职业等级认定。
- 9. 与投保单位关系: 1-雇佣关系、2-合作关系、3-其他关系。若不填写视为雇佣关系。
- 10. 手机号码:填写11位手机号码,以方便法登录我司官网和官徽进行保单信息、理賠查询。
- 11. 电子邮箱: 填写客户电子邮箱, 若不提供则无法接收电子版理赔结案通知书。
- 12. 联系地址是否为单位地址: 若不填写视同为单位地址。若非单位地址,请填写具体的联系地址。
- 14. 主被保险人: 指投保单位的员工; 眷属被保险人: 指主被保险人的眷属。
- 15. 关系: 指眷属被保险人与主被保险人的关系: 1-配偶、2-子女、3-父母。

# |投保人签章: 単位盖章

服务人员代码: \*\*\*\*\*\*\*

服务人员签名: 黄一

#### 投保人与被保险人声明:

本单位已通过查阅责公司官网(www.citic-prudential.com.cn),知悉责公司《职业分类表》,理解其含义并依据其为被保险人所属的职业进行分类,若所填报的职业类别与实际情况不符,影响责公司决定是否同意承保或者 提高保险费率的,贵公司有权解除保险合同且不承担保险责任。