



中信保诚人寿保险有限公司
团体保险人员名册(A款)

以中信保诚团体长期重疾补充医疗保险F款产品为例

投保人: ***公司

保单号码: 088 预定生效日: 年 月 日 (须为受理日之后, 空白视为受理日)

本页人数: 1人; 第 1 页 共 1 页

Table with columns for personal information (name, gender, ID, etc.), insurance details (policy type, premium, etc.), and contact info. Row 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, 10, 200000, 90.

填写说明及签章栏:

- 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. 保险计划: 指被保险人此次参保所对应保险计划的名称。
10. 手机号码: 填写11位手机号码, 以方便登录我司官网和官微进行保单信息、理赔查询。

- 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赔款通知书。
12. 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。
13. 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。
14. 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。
15. 联系地址是否为单位地址: 若不填写视为单位地址。若非单位地址, 请填写具体的联系地址。
16. 交费期和基本保险金额仅限投保长期重疾、长期重疾补充医疗、终身寿险产品时填写。申请减少保险金额时, 基本保险金额填写变更后的保险金额。
17. 等待期(天): 投保等待期可约定的长期重疾补充医疗时填写, 填写“90”或“0”, 未填写默认为“90”, 仅交费期为夏交时可填写“0”, 最终等待期由保险公司核保认定。
18. 倍薪计算类型请选择“平均薪水”或“实际薪水”两种倍薪计算类型。

投保人签章: 单位盖章
日期: ****年**月**日
服务人员代码: *****
服务人员签名: 黄一

投保人与被保险人声明: 本单位已通过查阅贵公司官网(www.citic-prudential.com.cn), 知悉贵公司《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不符, 影响贵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赔偿责任。