

团体保险被保险人清单



投保单位: _____

投保单号码: _____

投保单位签章: _____

序号	与主被保险人关系	主被保险人	被保险人姓名	证件类型	证件号码	性别	出生日期	方案编码	职业名称及代码	社保/公费医疗/费用型商业医保	证件有效期	电子邮箱	微信号	联系电话	移动电话	联系地址(省)	联系地址(市)	联系地址(区/县)	详细地址	国籍	被保险人是投保人的	身故保险金受益分配方式	职业类别	保费合计
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								

备注：该清单中标“*”处为必填项；被保险人如涉及指定受益人，请在受益人清单中完善被保险人对应的身故受益人信息，证件类型默认为居民身份证，非居民身份证类型时请完善出生日期、性别，非中国国籍请在备注明国籍。

制表人: _____ 制表日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

业务人员姓名: _____ 业务人员代码: _____ 核保人: _____

团体保险受益人清单

投保单位：_____

投保单号码：_____

投保单位签章：_____

被保险人序号	受益人顺序	姓名	证件类型	证件号码	性别	出生日期	与被保险人关系	受益比例(小数)	职业名称及代码	国籍	证件有效期	电子邮箱	联系电话	移动电话	联系地址(省)	联系地址(市)	联系地址(区/县)	详细地址	被保险人签名

备注：1) 该清单中标“*”处为必填项；证件类型默认为居民身份证，非居民身份证类型时请完善出生日期、性别。2) 除另有约定外，满期、生存、残疾、重大疾病、医疗保险金的受益人为被保险人本人。

制表日期： 年 月 日

业务人员姓名：

业务人员代码：

核保人：