

团体保险被保险人清单 (年金险适用)

投保单位：

投保单号：

共 页

第 页

序号	被保险人姓名*	证件类型*	证件号码*	证件有效期	出生日期*	性别*	国籍*	职业名称及代码*	方案编码*	领取年龄	起领日期计算类型	个人交费	已归属金额	未归属金额	身故保险金受益分配方式*	被保险人联系方式及联系地址

制表人：

制表日期： 年 月 日

投保单位盖章：

业务人员姓名：

业务人员代码：

核保人：