

## 团体保险被保险人清单（非单位团体适用）



投保人：

投保单号：

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	被保险人签名/法定监护人签名	职业类别	保费合计
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									
18																									
19																									
20																									

## 团体保险被保险人清单（非单位团体适用）



投保人：

投保单号：

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	被保险人签名/法定监护人签名	职业类别	保费合计
21																									
22																									
23																									
24																									
25																									
26																									
27																									
28																									
29																									
30																									
31																									
32																									
33																									
34																									
35																									
36																									
37																									
38																									
39																									
40																									

团体保险被保险人清单（非单位团体适用）



投保人：

投保单号：

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	被保险人签名/法定监护人签名	职业类别	保费合计
41																									
42																									
43																									
44																									
45																									
46																									
47																									
48																									
49																									
50																									

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

投保人签字：

业务人员姓名：

业务人员代码：

核保人：

## 团体保险受益人清单

投保人：\_\_\_\_\_

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
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			

## 团体保险受益人清单

投保人：\_\_\_\_\_

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
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			

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

投保人签字：\_\_\_\_\_

业务人员姓名：\_\_\_\_\_

业务人员代码：\_\_\_\_\_

核保人：\_\_\_\_\_