信诚人寿保险有限公司

团体保险人员名册（A款）

投保单位： 广州市浩瀚餐饮管理有限公司

保单号码：G 0 0 0 0 0 2 1 3 0 1 9 5　　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：　　人；第　　页 共　　页

选项	姓　名（与身份证件一致）	性别	国籍	身份证件号码	出生年月日（非中国居民身份证，此项必填）	工作内容描述	职业等级	保险计划	与投保单位关系	眷属被保险人必填栏		被保险人签名
										主被保险人姓名	关系	
1	张二	男	中国	430525199208171743	19920801	全自动车床工	4	1				
1	黄三	男	中国	H01234512	19821112	管理人员	1	2				
2	李四	女	中国	522629911211483219	19911214							
3	曾昭	女	中国	362282819402064419	19840206	行政人员	1	2				

填写说明及签章栏位：

1. 此表适用于短险(一年期)。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. 工作内容描述：指被保险人所从事工作的具体范围或内容。
7. 职业等级：为投保单位之职业等级初步认定，最终结果由保险公司核保认定。
8. 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。
9. 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。
10. 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-其他。

投保单位签章：单位公章

日期：2011年8月9日

服务人员代码：60000012

服务人员签名：张小明