信诚人寿保险有限公司

团体保险人员名册（B款）

投保单位: 广州市浩然餐饮管理有限公司

保单号码: G 0 0 0 0 0 3 8 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 主被保险人姓名	关系	被保险人签名
1	张三	男	中国	430525198208117431	19820811	行政人员	1	1				张三
受益人	黄红	女	中国	430525198502010022	19850201	受益顺序 1	关系		配偶	受益比例	50%	
受益人	张明	男	中国	430525200908081234	20090808	受益顺序 1	关系		子女	受益比例	50%	
受益人						受益顺序	关系			受益比例	%	
受益人						受益顺序	关系			受益比例	%	
受益人						受益顺序	关系			受益比例	%	
受益人						受益顺序	关系			受益比例	%	
受益人						受益顺序	关系			受益比例	%	
受益人						受益顺序	关系			受益比例	%	
受益人						受益顺序	关系			受益比例	%	
受益人						受益顺序	关系			受益比例	%	
受益人						受益顺序	关系			受益比例	%	
受益人						受益顺序	关系			受益比例	%	

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指定受益人，
   当指定受益人未填写时，视法定继承人为指定受益人。
   当指定受益人时，须由被保险人签名确认。
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:　2012年12月28日

服务人员代码:　60000012

服务人员签名:　张小明