



中信保诚人寿保险有限公司  
团体保险人员名册（B款）

投保人：XXXX股份有限公司

保单号码：088 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：1人；第1页共1页

选项	姓名 (与身份证一致)	性别	国籍	证件类型	证件号码	证件有效期起始日	证件有效期截止日	出生日期	工作内容描述	职业等级	手机号码	电子邮箱	联系地址是否为单位地址	保险计划	与投保单位关系	长期重疾、终身寿险填写		仅需倍薪制填写		眷属被保险人必填栏			被保险人签名
																缴费期	基本保险金额	月薪	倍薪计算类型	主被保险人姓名	主被保险人身份证号码	与主被保险人关系	
受益人	张三	女	中国	身份证	43010119811102030X	2012-12-18	2032-12-18	1981-11-02	机关内勤	1	1371373713X	zhangsa@mail.com		1	1								张三
	李四	男	中国	身份证	43010120110101123X	2020-12-18	2025-12-18	2011-01-01	学生	1	1371373713X	zhangsa@mail.com							100				子女
受益人																							
受益人																							
受益人																							
受益人																							

<p><b>填写说明及签章栏位：</b></p> <p>1. 此表适用于保单约定被保险人的身故受益人为指定受益人。 2. 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。 3. 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定。 4. 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。 5. 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。 6. 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。 7. 证件有效期起始日、证件有效期截止日：当被保险人在缴费期内累计保费达到人民币20万以上（含20万）时请填写证件有效期起始日及截止日，若长期有效，截止日请填写“长期”。 8. 工作内容描述：指被保险人所从事工作的具体范围或内容。 9. 职业等级：根据被保险人的工作内容描述做出的职业等级认定。 10. 保险计划：指被保人此次参保所对应保险计划的名称。 11. 手机号码：填写11位手机号码，若不提供则无法登陆我司官网和官微进行保单信息、理赔查询。 12. 电子邮箱：填写客户电子邮箱，若不提供则无法接收电子理赔结案通知书。 13. 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。 14. 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。 15. 与主被保险人关系：1-配偶、2-子女、3-父母。 16. 联系地址是否为单位地址：若不填写视为单位地址。若非单位地址，请填写具体的联系地址。 17. 缴费期和基本保险金额仅限投保长期重疾、终身寿险产品时填写。申请减少保险金额时，基本保险金额填写变更后的保险金额。 18. 倍薪计算类型：请选择“平均薪水”或“实际薪水”两种倍薪计算类型。</p>	<p>投保人签章： </p> <p>日期：2023年01月01日</p> <p>服务人员代码：60083008</p> <p>服务人员签名：张四</p>
--	--

投保人与被保险人声明：  
本单位已通过查阅贵公司官网（www.citic-prudential.com.cn），知悉贵公司《职业分类表》，理解其含义并依据其为被保险人所属的职业进行分类，若所填报的职业类别与实际不符，影响贵公司决定是否同意承保或者提高保险费率的，贵公司有权解除保险合同且不承担保险责任。