



中国人寿保险股份有限公司

China Life Insurance Company Limited

被保险人清单（团单/清汇通用）

投保单号：1209211190009535														
投保人/汇交人名称：北京博源意嘉市场咨询有限公司														
序号	投保人 (汇交 投保需 填写此 栏)	(主 被保 险人姓 名)	连带被 保人姓 名	投保保 险关系	属组	性 别	出生日期	证 件类 别	证件号码	职业代 码	受益人	被保 险人 签字	已投保有 效身故保 险金额总 和：(见 提示4)	备注
1		王玺			1	M	1986-04-16	I	410183198604161518	090302				
2		梁宇			1	F	1990-04-30	I	220625199004302404	090302				
3		刘超			1	M	1991-11-25	I	371621199111256018	090302				
4		程文燕			1	F	1986-01-05	I	50010119860105102X	090302				
5		韩朋朋			1	M	1991-03-05	I	34122119910305227X	090302				
6		马霏			1	M	1989-09-20	I	341203198909204036	090302				
7		曹议心			1	F	1985-11-03	I	372901198511036126	090302				
8		魏晓真			1	F	1986-12-08	I	411081198612080366	090302				
9		张冠军			1	M	1989-03-10	I	410726198903105853	090302				
10		湛鑫隆			1	M	1996-08-06	I	61232219960806571X	090302				
11		徐策			1	M	1985-08-09	I	330304198508098112	090302				
12		郎慧彬			1	M	1984-02-23	I	222401198402232515	090302				
13		林榕			1	F	1989-08-06	I	350121198908063225	090302				
14		林晨淋			1	F	1991-08-18	I	35010219910818362X	090302				
15		谢亚君			1	F	1983-03-22	I	362321198303226823	090302				
16		吴国斌			1	M	1981-10-05	I	36020219811005001X	090302				
17		杨金成			1	M	1974-11-11	I	510107197411112632	090302				
18		王星			1	F	1993-05-16	I	610322199305165826	090302				
19		姜致勤			1	F	1987-03-12	I	362502198703124449	090302				
20		韩雨佳			1	F	1995-01-18	I	610115199501183269	090302				
21		郭蜜			1	F	1987-03-06	I	412801198703061729	090302				
22		张杨			1	M	1987-01-08	I	130181198701083910	090302				
23		张小东			1	M	1988-08-18	I	411024198808186237	090302				
24		吴孟轩			1	F	1993-06-15	I	411502199306159320	090302				
25		周素娟			1	F	1990-03-27	I	340323199003274227	090302				
人数小计：25							保费小计：250.00							
属组序号	最高意外伤害职业等级			险种名称					每人保额（元）					

1	2	国寿境内旅行团体意外伤害保险(2015版)-(基本)身故保险	100000.00
		国寿境内旅行团体意外伤害保险(2015版)-(基本)伤残保险	100000.00
		国寿境内旅行团体意外伤害保险(2015版)-(基本)医疗费用补偿保险	10000.00

公司提示:

1. 本投保清单系投保要约的重要组成部分, 请认真填写。
2. 该清单通用于填写团单或清汇的被保险人信息。
3. 被保险人的序号按1、2、3...连续整数位向下排列, 不允许有重复。
4. 已投保有效身故保险金额总和: 针对未满18周岁投保死亡责任保额时填写, 根据“目前是否已经参加或正在申请中的其他保险公司的包括身故保险责任的人身保险? 如有, 请告知已投保的有效身故保险金额总和”而填写。
5. 被保险人如有伤残或疾病的, 请在“备注”栏内如实填写。
6. 本清单填写一式一联, 并加盖投保单位公章, 投保单位如有需要, 请自行留存。

投保人(汇交人)签章/签字:

投保日期:

