



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：1209211190011483														
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 险人 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		王潜盈			1	F	1969-10-07	I	610322196910070020	090302				
2		马西金			1	M	1963-12-25	I	610321196312251335	090302				
3		刘一然			1	M	1980-08-02	I	610102198008020339	090302				
4		张莉			1	F	1979-09-28	I	610104197909283441	090302				
5		季永安			1	M	1969-12-06	I	330324196912062679	090302				
6		符燕			1	F	1983-11-04	I	460027198311040029	090302				
7		李斌			1	M	1988-06-21	I	610104198806217315	090302				
8		孙都都			1	F	1990-07-01	I	61011119900701152X	090302				
9		梁振			1	M	1982-06-07	I	320382198206076572	090302				
10		吴林方			1	F	1989-02-03	I	320382198902036662	090302				
11		朱烈丰			1	M	1968-04-05	I	440524196804055216	090302				
12		柯红萍			1	F	1973-10-30	I	610113197310302622	090302				
13		胡超			1	M	1986-12-29	I	610111198612292054	090302				
14		张雷			1	M	1982-05-08	I	610111198205083538	090302				
15		田河			1	M	1962-12-13	I	610102196212131213	090302				
16		武自亮			1	M	1981-10-25	I	642124198110251913	090302				
17		晁健宇			1	M	1976-02-14	I	210104197602145234	090302				
18		郑小净			1	M	1982-06-28	I	610121198206283075	090302				
19		密莎			1	F	1983-03-09	I	61011319830309046X	090302				
20		任林安			1	M	1970-10-28	I	610125197010280017	090302				
21		马根柱			1	M	1973-09-22	I	610113197309222115	090302				
22		李小波			1	F	1975-01-13	I	610121197501130026	090302				
23		刘小军			1	M	1968-02-12	I	61011319680212213X	090302				
24		刘四峰			1	M	1973-01-18	I	610113197301182112	090302				
人数小计：24							保费小计：480.00							
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: