

团体年金保险(万能型)被保险人加保名册

保单号:						投保单位名称:					第 <u></u> 页						共页
序号	姓名*	性别*	出生日期*	身份证号码*	正件有效 期*		开户账号	通讯地址*	邮编*	电话*	归属计 划*	受雇日*	受益人	受益人地址	与被保险 人关系	被保险人 签名*	备注
				(外籍人士用护照号)		行					划*				人大系	金名*	
填表说	■ 上述项目中带*的栏位为必填项目。■ 如果权益归属计划中服务年数和员工受雇日相关,则"受雇日"栏位必填。■ "受益人"栏位如未填写,则默认为法定继承人。若受益人非法定继承人需另外填写受益人登记表。									投保单位盖章:							
明	■ "受益人" 仁位如木填与,则默认为法定继承人。看受益人非法定继承人需另外填与受益人登记表。 ■ 被保险人若涉及外籍人士,请在"备注"栏中注明国籍。									申请日期:							