

## 团体保全被保险人清单

单证编码：030008

投保单位名称：

保险单号码：

序号	申请类型	姓名	与被保险人关系	证件类型	证件号码	性别	出生日期	职业	职业代码	保障层级	保费合计	申请日期	其他及备注
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

投保单位盖章：

说明：1、申请类型请注明“加人”、“减人”、“层级变更”、“无名单补名单”（“换人”请在备注中说明）；2、付款账号名须与投保人名称一致；3、保全生效日为申请日的次日。