中国人寿保险股份有限公司
China Life Insurance Company Limited
全球医疗保险团体投保清单（第一联）
Membership List of International Healthcare Plan (First Copy)

投保人
Group

投保单号码：
No. of Policy:

险种名称： 国寿康优全球团体医疗保险（B款）
Insurance: China Life GoodHealth International Healthcare Plan for Group Formation（B）

投保性质： ☐ 新保 ☐ 增加被保险人
Types of Insurance: ☐New Case ☐ Additional Insured

保险单号码：（增加被保险人时填写）
No. of Policy: (For Additional Insured Only)

被保险人 Insured													附带被保险人 Supplementary Insured					
序号 SN	工号 Job Number	姓名 Name	出生日期（日/月/年） Date of Birth (Day/Month/Year)	国籍 Nationality	证件类型 Type of Identification Document	证件号码 Identification Number	入职日期 Date of Employment	人民币赔付指定银行 RMB Claims Payment Designated Bank				保险费金额 Premium Amount	序号 SN	姓名 Name	出生日期（日/月/年） Date of Birth (Day/Month/Year)	国籍 Nationality	证件类型 Type of Identification Document	证件号码 Identification Number
								银行名称 Bank Name	银行地址 Bank Address	户名 Beneficiary	账户 Account Number							

本页小计 Total of this Page:	人数： Number of Persons:	人； Persons;	保险费金额： Premium Amount:	元 Yuan
本期合计 Total of this Phase:	人数： Number of Persons:	人； Persons;	保险费金额： Premium Amount:	元 Yuan

说明：
Note:

1、本投保清单用于新保和增加被保险人业务。本公司如同意承保，将另行签发被保险人清单。
1. This list is for new and additional insured members services. If the application is accepted, China Life will issue another list for the Insured.
2、本投保清单一式三联，经投保人加盖公章后，第一联由保险公司留存，第二联由业务员留存。第三联由投保人留存。
2. The first copy of this member list in triplicate stamped by the policy applicant will be kept by China Life, and the second copy by China Life sales staff, and the third by the policy applicant.
3、接受投保日期为申请书签署后的30天以内，且任何情况下保障都不得向前追溯。
3. The commencement date can be no more than 30 days from the completion of this application by You. Under no circumstances will the policies be back dated.

投保人盖章：
Stamp of Policy Applicant:

联系人：
Contact:

投保日期（日/月/年）：
Join Date (Day/Month/Year):

受理机构盖章：
Stamp of Underwriting Insurer:

业务员姓名/工号：
Name/Job Number of sales staff:

受理人：
Accepting admin. staff:

受理日期(日/月/年)：
Date of Acceptance (Day/Month/Year):