中国人寿保险股份有限公司
China Life Insurance Company Limited

被保险人变更申请清单（普通类）

☐被保险人信息变更 ☐增加被保险人 ☐减少被保险人 ☐ 增加/☐减少险种 ☐续期交费 ☐ 增加/☐减少保险金额

☐ 组间转移 √同期增减被保险人（适用于短期险，投保时有约定方可办理） ☐ 属组信息变更（☐新增责任组 ☐组间转移） 共 1 页，第 1 页。

保险合同号	20104401006377000744 51	投保人	广东鸿波通信投资控股有限公司	申请日期	2011 年 3 月 28 日
险种 1	国寿绿洲团体定期寿险	险种 2	国寿附加绿洲残疾和烧伤团体意外伤害保险（A 型）	险种 3	

个人编号	被保险人姓名	连带被保险人姓名	工号	性别	出生日期	证件类别	证件号码	职业代码	是否有医保	原属组	新属组	险种 1		险种 2		险种 3		受益人	被保险人签名	备注
												保险金额	保险费	保险金额	保险费	保险金额	保险费			
1	林晓		00003456	M	1983-9-25	身份证	446121198309252337	000101	否	0	1	100000	100	5000	50					增加被保险人
2	张易		00003457	F	1984-9-24	身份证	443121198409242367													减少被保险人

本页合计人数： 2 人； 本页合计金额：￥ 0 元

提示:1. 本清单每次只能选择一种保全项目。清单加盖投保单位公章后才有效。

2.“个人编号”栏应填写保险合同所附的“被保险人清单”上的被保险人个人编号。若申请增加被保险人，“个人编号”无需填写。

3. 对于指定的生效日期和同期增减人人员变动等其他内容请在“备注”栏中注明。

声明：

投保人已仔细阅知、理解贵公司提示并同意遵守。谨以此申请书作为保险合同变更要约，并同意贵公司依此办理上述变更事项。

投保人(签章)： **联系人：** 周燕华 **联系电话/手机：** 38821834 **申请日期：** 2011 年 3 月 28 日

保险公司处理意见：

受理人： 受理日期： 年 月 日 作业流水号