

被保险人清单

注：具有多个责任的险种，以下保险金额和保费为所有子责任的分项合计，各子责任具体信息以个人保险单或个人凭证为准。

单位：			
合同生效日			
名称：1、国寿新绿洲团体意外伤害保险（B款） 2、国寿附加绿洲意外费用补偿团体医疗保险			
1	姓名：张三	人性质：主被保险人	主被保人编号：1 性别：女 出生日期：1997年05月13日
人数小计：4		保险金额小计：440000.00	保险费小计：200.00
人数合计：4		保险金额合计：440000.00	保险费合计：200.00

公司签章

