和谐健康保险股份有限公司
HEXIE HEALTH INSURANCE CO.,LTD.

团体保全被保险人变更清单

变更项目：□增加被保险人 □减少被保险人 □保额/档次变更 □职业变更 □其他_____

保险合同号码:_____ 投保单位名称: _____

序号	状态	被保险人姓名	主被保险人序号	与主被保险人关系	性别	年龄	出生日期	证件类型	证件号	职业类别	保障计划	保险费	备注

本页保险费合计：￥ 元 总保险费合计:￥ 元

经办人签章: 投保单位盖章: 填写日期: 年 月 日

注: 状态指: 1、在职 2、退休 3、离休 4、员工家属 5、其他 第 页 共 页