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

团体保全受益人变更清单

保险合同号码:_____ 投保单位名称: _____

序号	类别	被保险人姓名	受益人姓名	性别	出生日期	证件类型	证件号	受益顺序	受益份额（%）	与被保险人关系	被保险人签名/签署日期

经办人签章: 投保单位盖章: 填写日期: 年 月 日

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