

缴费通知书

湖南飞英达智能科技有限公司：

贵单位在我公司办理的团体意外险已经核保通过，保额 10 万意外伤害，1 万意外医疗，50 元/天住院定额，其中 1 类职业 7 人，收费标准 100 元/人/年，5 类职业 1 人，收费标准 360 元/人/年，合计保险费壹仟零陆拾元整(小写 1060 元)，生效日期 2025 年 1 月 4 日，请对公转账到我公司以下账户：

户名：中国人民健康保险股份有限公司湖南分公司

账号：4300 1510 0610 5250 1738

开户行：中国建设银行股份有限公司长沙湘江支行

中国人民健康保险股份有限公司

湖南分公司

2025 年 1 月 4 日



2024年飞英达续保人员

序号	姓名	身份证号	保险类别	保费	保额
1	华林	430703198510195818	B	360	10万
2	洪文泽	43092119850911421X	A	100	10万
3	黄敢	430121198310032010	A	100	10万
4	刘代鹏	430581200103062012	A	100	10万
5	张亚	43012119800721572X	A	100	10万
6	陈佳杰	430623200106118378	A	100	10万
7	郭永康	430981200002156919	A	100	10万
8	李朔	430381199402230016	A	100	10万
合计				1060	

