

团体被保险人变更清单 (参保团体名称湖南飞英达智能科技有限公司)

变更类型: 增加被保险人 减少被保险人 被保险人资料更正 无名单保单实名化 无名单保单实名化删除

序号	在职状态	员工姓名	被保险人姓名	与员工关系	性别	出生日期	证件类型	证件号码	保险计划	职业类别	户名	账号	其它号码	本次变更生效日期
	新增													
1			皮振亚					432424196207236814	B					2023/2/9
2			覃承忠					432424196207306851	B					2023/2/9
3			皮冠军					430723198606286410	B					2023/2/9
4			孙炎伟					421087198711056812	B					2023/2/9
5			孙元亮					422422196509246810	B					2023/2/9
6			符承智					432424197112027619	B					2023/2/9
7			罗石明					430124197311131736	B					2023/2/9
8			刘扩军					430124196310205639	B					2023/2/9
9			焦守学					430181198808101454	B					2023/2/9
10			付松芳					430181198904081473	B					2023/2/9
11			易理浩					430181199008272655	B					2023/2/9
12			罗欢					430224198510164215	B					2023/2/9
13			胡平良					430124196702051878	B					2023/2/9
	减少													
1			李进奎					430124197404191877	B					2023/2/9

经办人签名: _____ 单位盖章: _____

说明: “状态”栏目请填写代码: 1 (在职)、2 (退休)、3 (其它); “与员工关系”下请填写代码: 1 (本人)、2 (配偶)、3 (子女)、4 (其它)

“性别”栏目请填写代码: 0 (男性)、1 (女性); “证件类型”: 栏目请填写代码: 0 (身份证)、1 (护照)、2 (其它)

签署时间

缴费通知书

湖南飞英达智能科技有限公司：

贵单位我公司办理的保全服务中，新增 13 人，减少 1 人，净增 12 人，保险费共计大写：叁仟陆佰叁拾元整（小写 3960 元），生效日期 2023 年 2 月 9 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：43001510061052501738

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

2023 年 2 月 9 日

