

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 无名单保单实名制 无名单保单实名制删除

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
1	新增		易映照					430122198705195259	B					2023/2/14
2			廖细红					430981197602251413	B					2023/2/14
3			唐群华					432302197412131932	B					2023/2/14
4			严术					430122198611095556	B					2023/2/14
5			王勇					432302197502101614	B					2023/2/14
6			赵正元					432302197112211631	B					2023/2/14
7			章乐芳					432302197209121958	B					2023/2/14
8			易跃清					430122197507095244	B					2023/2/14
9			赵正祥					430981196812251417	B					2023/2/14
10			邓赞忠					432502197411106517	B					2023/2/14
11			邓涛					432502199009086537	B					2023/2/14
12			刘达良					432502198611050014	B					2023/2/14
13			李洪卫					430522197307276819	B					2023/2/14
14			王敏					432502198803206588	B					2023/2/14
15			黄勇勇					430422198901217819	B					2023/2/14
16			杨政					421022198808256011	B					2023/2/14
17			陈根					430424197108193137	B					2023/2/14
18			廖奕新					430981200111161450	B					2023/2/14

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 18 人 保险费共计大写：
伍仟玖佰肆拾元整（小写 5940 元），生效日期 2023 年 2 月 14 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 13 日