

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成功，其中一般员工 11 人，每人保额 10 万意外伤害，1 万意外医疗，50 元/天住院定额，每人保险费：100 元/人/年，弱电施工员 16 人，每人保额 10 万意外伤害，1 万意外医疗，50 元/天住院定额，每人保险费：360 元/人/年，共计保险费陆仟捌佰陆拾元整（小写 6860 元），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：中国建设银行湘江支行

中国人民健康保险股份有限公司

湖南分公司

2024 年 01 月 02 日

